UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE FILOSOFIA LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

"O TRANSBORDAR DO HOSPITAL PELA CIDADE"

Tecnologia, Saúde e Produção do Espaço

RAUL BORGES GUIMARÃES

Dissertação apresentada ao Departamento de Geografia para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa Dra Claudete B. Junqueira

Área de Concentração: Geografia Humana

SÃO PAULO

1994

À Ana, Paula e Júlia.

Esse trabalho traga e traduz

nossos caminhos.

A produção de uma Dissertação de Mestrado é, por várias razões, fruto de uma experiência coletiva.

Aqui, o ponto de partida foi a participação num curso de Geografia Médica ministrado em 1984 pelos professores José da Rocha Cavalheiro e Luiz Jacinto da Silva, no Congresso da SBPC em São Paulo.

Tive a oportunidade de despertar-me para o estudo do setor saúde e balizar o meu caminho com algumas inquietações e dúvidas que também se manifestam nas páginas seguintes.

Contribuições importantes foram as dos companheiros de curso de especialização em saúde coletiva promovido pelo Instituto de Saúde de São Paulo em convênio com a FUNDAP e do grupo de pesquisa do Professor Chester da Faculdade de Saúde Pública da USP, nos anos 1986 e 1987.

Meus amigos de longo tempo do Equipe, de Vinhedo, da AGB e de casa estão também presentes. Em especial, Maurício, Raimundo, Ausonia, Luis Márcio, Sérgio, Enrique, Jocimar, Rubens, Ricardo, Wagner, Delacir, Armando, Dona Ivone, Paulão, Mané, Pedro Primo.

Expressa-se como coletivo, esse trabalho, porque se inscreve na trajetória do programa de Pós-graduação do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP e vem reafirmar o esforço de qualificação acadêmica dos docentes do Departamento de Geografia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP.

Essa produção coletiva, por fim, não teria sido possível sem o apoio de várias instituições e pessoas.

Nesse sentido, quero registrar o meu agradecimento a Profa. Dra. Claudete B. Junqueira, minha orientadora, pela maneira que soube conduzir-me pelos trâmites da investigação e da formação intelectual. Com ela, aprendi a convivência universitária.

Agradeço, ainda, à CAPES pelo apoio financeiro que me propiciou na fase inicial da pesquisa e a todo o corpo técnico-administrativo da USP e UNESP que de algum modo acompanhou a execução desse trabalho. Especialmente, ao trabalho de normatização da Biblioteca e do apoio do Polo Computacional da FCT-UNESP.

Meus sinceros agradecimentos aos pesquisadores do Instituto de Saúde, com quem sempre mantive um diálogo profícuo e estímulo para o desenvolvimento da pesquisa. Particularmente, Cavalheiro, Elza e Luiza.

Aos meus pais, Pedro e Zete, que me introduziram nos bancos escolares e sempre acreditaram em mim, minha eterna gratidão.

A vida com a Ana, Paula e Júlia marcou esse tempo.

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

SUMÁRIO

RESUMO

RESUMO

Esse estudo orientou-se no sentido de analisar como a tecnificação do processo de trabalho, através da evolução da rede hospitalar e ambulatorial, estabelece uma relação sinonímica cada vez maior entre o conceito de saúde e a assistência médica no Brasil. Esta evolução sustenta uma demanda formada pela rede prestadora de serviços médicos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico que se apropria de parcelas do território urbano, interfere na esfera da circulação e por conseguinte, também produz a cidade.

Como nem todos estes elementos se situam num mesmo plano, as questões que envolvem as relações entre espaço e saúde puderam ser vistas pelo lado da divisão social do trabalho. O aspecto essencial desse processo consiste na questão da constituição de novas relações de produção e de nexos da atividade industrial e, ao mesmo tempo, da vida urbana, que se articulam à acumulação.

INTRODUÇÃO

A Geografia tem uma vasta produção na área médica.

Somente restringindo-nos ao pós-guerra, multiplicaram-se estudos que privilegiaram a construção de modelos ou enquetes sobre os territórios como forma de subsidiar o planejamento das ações governamentais. Inumeráveis foram os trabalhos à respeito das profissões médicas e dos equipamentos sanitários, bem como a sua repartição no território do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

Esta produção teve grande impulso marcadamente em países como EUA, Canadá, Inglaterra, França, Bélgica.

Como o perfil de morbi-mortalidade da população destes países sofreu alterações com o crescimento das doenças crônico-degenerativas, doenças que não possuem um agente etiológico, estas questões se colocaram e precipitaram a ruptura com uma geografia médica essencialmente naturalista.

Em termos da realidade brasileira, trabalhos dessa natureza são escassos. Dentre eles, destacamos pelo caráter pioneiro os trabalhos de UNGLERT (1986) e NOVAES (1990). A primeira, desenvolveu um trabalho pioneiro numa área que se sugere denominar "Geografia em Saúde Pública". Sua proposta básica foi de apresentação de uma metodologia para a localização de serviços de saúde. A segunda preocupou-se em estudar a incorporação de equipamentos eletro-eletrônicos nos serviços de saúde, bem como sua efetividade.

De nossa parte, as primeiras aproximações a esta temática da saúde ganharam maior corpo a partir da experiência vivida em formação de pesquisadores na área de saúde coletiva entre os anos de 1986 e 1987 no Instituto de Saúde de São Paulo. Esta instituição, órgão da então Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde - SP, através de sua política de formação de recursos hu-

manos em convênio com a FUNDAP, desenvolvia um plano de estágios para equipes multiprofissionais que visava o conhecimento da realidade de saúde no interior da sociedade brasileira, a identificação dos determinantes desta realidade e a preocupação de encontrar formas de intervenção na realidade político-institucional da Secretaria de Estado da Saúde.

O contato com a produção científica e os serviços do Instituto, o curso integrado que reuniu as disciplinas de Epidemiologia, Estatística, Ciências Sociais e Políticas Públicas e, principalmente, a possibilidade de elaboração de um projeto interdisciplinar pela equipe de estagiários permitiram-nos uma aproximação do conhecimento epidemiológico e da geografia na área da saúde.

O projeto apresentado em 1989, no ingresso a Pós-graduação, de alguma maneira procurava contemplar, a busca de entendimento da temática proposta aos estagiários daquele Instituto - qual seja, a organização dos serviços de saúde.

Por outro lado, é verdade também que o nosso projeto inicial, agora enquanto esforço individual, apresentava lacunas conceituais que não permitiam uma melhor sistematização das indagações propostas. Era necessário uma maior fundamentação bibliográfica, bem como uma melhor definição de conceitos a serem estudados.

As sucessivas discussões com especialistas, as leituras e cursos realizados no programa de pós-graduação do Departamento de Geografia da FFLCH-USP, os colóquios sob a orientação da Profa Dra Claudete B. Junqueira, foram extremamente profícuos no sentido de passarmos a nos perguntar quem de fato produz as demandas pelos serviços de saúde expressas pelos diversos segmentos sociais e quem de fato define o que vem a ser um serviço de qualidade.

Enfim, a necessidade de pensar o acesso por referência aos serviços de saúde produzidos e oferecidos aos usuários levou-nos cada vez mais a entendê-los no

bojo da forma como a Sociedade os produz/consome, buscando tornar compreensíveis os mecanismos de articulação destes serviços com a organização social que lhes dá sustentação.

Isto permitiu a compreensão das diferentes formas de se ter acesso a este problema, identificando os seus limites, sua extensão e profundidade.

Procuramos apresentar esta trajetória nos 4 capitulos que se seguem. Esforçamo-nos em dissertar o modo como o objeto em questão foi sendo elaborado no transcorrer deste trabalho, explicitando como se deu o trabalho de elaboração conceitual a partir do exercício da problematizacão da organização dos serviços de saúde.

No primeiro capitulo, "Tecnologia, atenção médica e saúde:um cenário em tranformação", a introdução de equipamentos eletro-eletrônicos na prestação de serviços de saúde foi vista como o elemento de maior peso na inovação tecnológica do setor. Nossa análise direcionou-se para as transformações no processo de trabalho que isto propicia e no entrelaçamento entre oferta de serviços de saúde e demandas sociais por saúde.

Pensar a relação entre espaço e saúde, nestes termos, remeteu-nos a uma articulação que no nivel institucional encontra-se concretizada no hospital e, no nível da prática social, na pratica dos médicos. Este foi o eixo do capitulo 2, "Território da tecnologia médica no município de São Paulo:mapeando tendências". Ali, a cidade foi considerada como o lugar da produção e do consumo dos serviços de saúde.

No capitulo 3, "Território e tecnologia médica:uma leitura possível?", foram tecidas considerações a respeito da abordagem territorial da questão, levando-nos aos termos em que o próprio território pode ser entendido enquanto tecnologia. A inovação tecnológica passou a ser vista levando-se em conta, ao longo do processo histórico recente, as relações de classe, as alterações na divisão social do trabalho, os diferentes

graus de acesso aos serviços e a organização dos diversos fluxos, sob os quais foi posta em funcionamento.

Finalmente, no capitulo 4, "Tecnologia e produção do espaço da saúde", foram estabelecidas relações, ainda que muito amplas, entre a base territorial dos serviços, a industrialização, a urbanização, a revolução técnico-científica e o Estado. O espaço da saúde transfigurou-se numa das múltiplas facetas da vida urbana.

Em todas as etapas desta proposta de trabalho, não foram poucas as dificuldades. O acesso às informações diretamente nos serviços compreendeu uma série de obstáculos e resistências por parte dos sujeitos envolvidos, somando-se a isto, as estatísticas e classificações duvidosas e os intrumentos de pesquisa e as formulações teóricas, não raras vezes, deficientes e incompletas.

Temos aqui um retrato do grau de amadurecimento que foi possível alcançar ao longo deste processo de investigação circunscrito anteriormente. O que procuramos foi explicitar, formalizar, delimitar o objeto em questão, aprendendo com esta experiência a trabalhar com o silêncio dos dados, do não dito, do não manifesto.

Afinal, parafraseando Guimarães Rosa, "o real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe para a gente é no meio da travessia".

Capítulo 1 - Tecnologia, Atenção Médica e Saúde: Um Cenário em Transformação

Compreender o entrelaçamento da tecnologia, saúde e produção do espaço não se tornou uma tarefa fácil. No transitar pela cidade, o aspecto visível deste fenômeno apresentava-se com um certo caráter anárquico (o que não quer dizer caótico). Este caráter anárquico explicava-se pela existência de uma rede, uma trama multifacetada de serviços dos mais diversos níveis e matizes que, se se pensasse numa racionalização dos processos de circulação - hipoteticamente, apenas, em se tratando de um sistema único hierarquizado e regionalizado, poderia ser extraordinariamente reduzido.

Pelo contrário, as evidências empíricas apresentavam um acentuado dinamismo de expansão/contração destes serviços no interior da cidade, uma enorme concentração de serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos ao redor dos grandes hospitais, gerando uma intensa vida urbana e, num certo sentido, com força capaz de produzir a própria cidade.

Mascates, restaurantes, enorme concentração de terminais de ônibus, pontos de táxi, estações do metrô, enfim, toda uma gama de serviços existentes em função deste movimento hospitalar, faz dos seus arredores o que muitos denominam de "corredor sanitário". Por aí convivem pacientes rejeitados em outros hospitais e que circulam horas pela cidade à procura de vaga. É a cidade das filas, dificuldades, carências, denúncias de queda de qualidade do padrão de atendimento, riscos de infecção hospitalar, demora na marcação de consultas, falta de recursos nas emergências médicas.

O que víamos em São Paulo também ocorria em outros municípios, independente do seu porte (Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Presidente Prudente - para nos determos apenas no nível do Estado de São Paulo). Na trajetória da reflexão teórica e da pesquisa, isto nos fez cada vez mais supor que não se tratava de um fenômeno interno da cidade, da estrutura urbana, mas da dinâmica da divisão social e

técnica do trabalho decorrente do processo de industrialização e suas consequências no reordenamento da oferta de serviços de saúde.

Nestes termos, na produção da base territorial dos serviços poderíamos identificar as estratégias em jogo de grupos de interesses. O estudo do território dos serviços de saúde mostraria como estes grupos põem em circulação concepções de tecnicidade com conteúdos, alcance e limites definidos. Afinal, um exame da distribuição dos equipamentos por um território, na prática, incluiria a análise desse corpo instrumental, bem como todo o processo de desenvolvimento e difusão de sua influência no sistema social. Não se tratava só da máquina, senão do conjunto de atores e máquinas buscando um objetivo ou servindo uma tarefa bem localizada territorialmente.

Na política setorial de saúde no Brasil, são fartos os exemplos destes interesses e de grupos de pressão na determinação dos processos de organização do trabalho, que não são os mesmos que estão pressupostos no discurso da Administração Hospitalar Pública e muito menos,da chamada Reforma Sanitária Brasileira.

Dentre estes, destacamos o que foi analisado no trabalho de NOVAES (1990) com relação às formas de inserção dos equipamentos nos hospitais. Além das frequentes dificuldades no manuseio dos aparelhos e suas más condições operacionais,"os grandes silêncios presentes quando foram feitas perguntas sobre a forma em que é feita a vigilância sobre o paciente durante o uso dos equipamentos (terapêuticos) e a ocorrência de complicações (...) evidenciam que estes fatos em grande parte não são ´acidentes´, mas consequências de prioridades silenciadas mas muito efetivas. O que importa mais é o consumo ritualizado, e não uma efetividade objetivada" (grifo nosso) (NOVAES:1990, p.256).

Um outro exemplo, que pudemos analisar mais de perto, remete-se à prática de ceder equipamentos a hospitais e outros serviços médicos como um recurso que algumas empresas do setor químico-farmacêutico utilizam para ampliar o controle do mercado de reagentes para diagnóstico. É o caso da estratégia do grupo alemão Bayer A.G. para atuar no mercado de equipamentos eletro-eletrônicos no Brasil.

Como sabemos, este grupo é um dos três gigantes da indústria química e farmacêutica alemã, tendo figurado na lista 1985 de Fortune sob o número 18, com vendas de 15 bilhões de dólares e lucro liquido de 354 milhões. No exterior, o grupo controla a Milles Laboratories Inc. de Elkart (Indiana, US) e a holding Bayer Foreign Investments Ltd, de Toronto (Canadá).

Num simples exame de sangue, pudemos perceber que a generalização das relações mercantis nos serviços de saúde fortalecem e unificam o território da circulação, enquanto base de poder de grandes firmas como esta.

É o que observamos na visita a um hospital público de grande porte do município de São Paulo. Lá, a produção de hemogramas é feita no equipamento mais sofisticado existente no Brasil: o Technicon H1-System, de origem americana. Que estratégia há por detrás deste equipamento?

A Technicon é da Bayer desde 1989. Foi a partir de uma transação comercial com a Miles Laboratories que a Bayer incorporou a Technicon, ampliando sua atuação em nível mundial no setor de diagnóstico.

No momento, a estratégia do grupo é de expansão no mercado brasileiro. Estão sendo treinados novos técnicos para a manutenção dos equipamentos e o laboratório será transferido para local mais amplo.

Tal estratégia que envolve um exame de sangue não é um fenômeno isolado. Hospitais inteiros estão sendo reestruturados para fazer frente a esta onda de inovações no município de São Paulo. Ao lado da Bayer, pudemos também constatar a forte presença de um outro grupo alemão: a Siemens A.G.. Este grupo cria linhas de financiamento próprias e responde pela montagem das máquinas, manutenção, assis-

tência técnica e treinamento de operadores nas unidades de terapia intensiva, diagnósticos por imagens e centros cirúrgicos de vários hospitais[1].

Na última década, equipamentos desta natureza transformaram o método de diagnóstico por produção de imagens do corpo em parte integrante da terapêutica.

Tecnologias médicas, como estas, têm se aperfeiçoado e sua utilização aumentado de modo extraordinário nas últimas décadas. Trata-se de inovações tecnológicas relacionadas com imunização, antibióticos, diagnósticos e cirurgia.

O ecoendoscópio, por exemplo, é um equipamento eletro-eletrônico de origem japonesa que associa o ultrassom ao endoscópio tradicional, permitindo olhar além da superfície das mucosas e dando uma idéia da profundidade de lesões.

O uso terapêutico das técnicas endoscópicas faz parte da nova tendência de reduzir intervenções cirúrgicas através da penetração de instrumentos por cavidades corporais. Esta tendência pode ser observada em diversas áreas da medicina: no uso do ultrassom para fragmentar cálculos, no dreno de abcessos através de agulhas de punção orientadas por imagens, na intervenção cirúrgica de fetos com gestação de alto risco com instrumentação orientada por sistemas de ultrassom computadorizado, entre outros.

CORDEIRO (1990, p.11-3) estima que o mercado mundial de materiais, substâncias especiais e equipamentos médicos, atinge US$ 20 bilhões ao ano, sendo maior para as tecnologias que estão relacionadas à microeletrônica, aos novos materiais, à mecânica fina e à biotecnologia, representando um crescimento, em quatro anos, de 45%. Apenas nos EUA, 168 tecnologias de uso médico deverão ser introduzidas no mercado em um prazo de cinco a quinze anos.

Algumas análises econômicas têm estimado um incremento de 50% dos custos do hospital, devido à introdução destas novas tecnologias médicas (BANTA:1981).

Nos EUA, a tecnologia têm-se convertido em tema de discussão política devido em grande parte aos custos da atenção médica. Lá, os gastos em saúde se eleva-

---

[1] Somente o hospital privado que fomos visitar nas proximidades da Av. Paulista contraiu com este grupo empréstimos na ordem de 18 milhões de dólares, conforme nos informou seu diretor administrativo.

ram ao redor de 13% nos anos 70 e meados dos anos 80 - duas vezes o valor da inflação geral. Em relação ao Produto Nacional Bruto, o crescimento foi de 4,4% em 1950 para quase 10% em 1981 (BANTA:1988).

Para diminuir o crescimento destes gastos, a maioria dos países industrializados têm desenvolvido experiências de avaliação e controle das inovações tecnológicas. França, Alemanha, Holanda, Austrália e EUA possuem programas desta natureza.

Apesar da diversidade das combinações de políticas de avaliação e controle da tecnologia médica nos diversos países, certos temas são recorrentes. Dentre estes, podemos destacar a necessidade e escassez de informações e a dificuldade de definição dos parâmetros de controle.

Segundo a revisão bibliográfica internacional realizada por FINEBERG (1977), são raros os estudos de impacto terapêutico e de resultados referidos aos pacientes. A maioria dos estudos sobre tomografia computadorizada, por exemplo, examina somente o impacto no diagnóstico: investiga em que medida seu uso substitui outros procedimentos diagnósticos, incluindo cirurgia exploratória e biopsias.

Já no caso da diálise renal, as questões remetem-se com clareza ao problema da extensão de sua aplicabilidade, ou seja, quando o benefício de prolongamento da vida em meses ou anos é suficientemente grande para justificar o deslocamento de recursos de outros usos[2].

Uma variedade de mecanismos políticos tem sido utilizada em diferentes países para afetar a distribuição de tecnologias médicas deste tipo e seu uso. Estes mecanismos foram descritos em termos de uma hierarquia de quatro níveis por RUSSELL (1978). Cada nível representa um crescente compromisso de contenção de custos, conforme podemos observar no quadro abaixo:

---

[2] Em todos os países estudados por FINEBERG, têm ocorrido pressões irresistíveis para estender a provisão de diáleses a todos que podem beneficiar-se com ela, apesar de seu alto custo. A máquina de rim artificial prolonga claramente a vida das pessoas que de outro modo não viveriam devido a acumulação de resíduos metabólicos que seus próprios rins não podem extrair do sangue. Como o uso de transplante está severamente limitado à disponibilidade de doadores de rins - a recorrência à diálise cresce exponencialmente, ano a ano.

TABELA 1

NÍVEIS DE INTERVENÇÃO GOVERNAMENTAL NO CONTROLE DAS TECNOLOGIAS MÉDICAS

NÍVEIS	CARACTERÍSTICAS
1	o governo promove ativamente o desenvolvimento e adoção de novas tecnologias, com pouca ou nenhuma consideração dos custos
2	sem entrar no mérito sobre os benefícios das tecnologias, o governo intervém para estimular uma maior eficiência em sua produção e uso, estimulando a regionalização das instalações
3	o governo começa a questionar e comprovar os benefícios de tecnologias médicas e pode atuar para restringir o uso de qualquer uma em que não sejam demonstrados tais benefícios
4	o governo atua para limitar a difusão de tecnologias em um nível que se localiza entre os benefícios gerados e o custo necessário para alcançá-los. Assume como parâmetro a impossibilidade de proporcionar todo tipo de cuidado que seja benéfico

Fonte: RUSSEL, L.. Technology in Hospitals: medical advances and their diffusion. The brookings institution, Washington, D.C.: [s.n.], 1978. p.70.

Os países que promovem políticas de avaliação e controle das inovações das tecnologias médicas não passam do nível 2 desta hierarquia. O centro das atenções nas avaliações tecnológicas está na eficiência.

Reino Unido e Canadá têm adotado sistemas de restrições que os localizam claramente no quarto nível da hierarquia(BANTA:1982).

Já na Suécia, a influência do governo nacional sobre este processo se exerce através do estímulo à regionalização. As instituições se agrupam aos centros de saúde, hospitais de distrito, hospitais centrais e hospitais regionais. A adscrição nestes grupos tem um certo peso no momento da tomada de decisões acerca de onde localizar uma nova tecnologia.

Nos EUA, desde 1975, a Oficina de Avaliação Tecnológica - OTA, do Congresso Nacional, vem realizando estudos relacionados com os custos e benefícios da tecnologia médica. Sobre a base dos dados existentes não se justifica o emprego de muitas destas tecnologias.

É o caso da observação da condição do feto por meios eletrônicos durante o trabalho de parto(BANTA:1981) . O mesmo pode-se dizer da difusão da tomografia computadorizada (BANTA:1980) e do caso da endoscopia gastrointestinal alta (SWOWSTACK:1981). Podemos considerar que as conclusões referidas a estas tecnologias têm paralelos em outras tecnologias[3] .

---

[3] No que se refere a difusão da tomografia computadorizada nos Estados Unidos, conforme BANTA(1980), os estudos mostram que a incidência da cirurgia exploratória nas lesões cerebrais reduziu consideravelmente nos hospitais. Contudo, estas lesões são relativamente raras. Geralmente, os traumatismos cranianos podem ser diagnosticados clinicamente e é muito escassa a terapia efetiva que pode aplicar-se. Quanto ao caso da endoscopia gastrointestinal, esta produz, em geral, um diagnóstico diferente do raio X em 18% dos exames, com ganhos adicionais em 7% dos casos. Nos casos em que os resultados dos raios X são negativos, a endoscopia produz ganhos positivos em 11% das vezes. Diversos estudos desta natureza demonstram que se tem melhorado a exatidão diagnóstica com o uso da endoscopia, mas existe pouca evidência da diferença resultante em morbidade ou mortalidade. A principal decisão a tomar para as enfermidades mais comuns do trato digestivo superior é se deve praticar-se cirurgia ou não. Na maioria dos casos, esta decisão baseia-se em critérios mais clínicos do que morfológicos. Se se obtêm um adequado quadro clínico, o diagnóstico endoscópico agrega pouco na tomada de decisão.

Contudo, a criação de leis e de uma organização como a OTA não foi acompanhada de adequada projeção das necessidades dos estados federados e nem de efetiva oposição à incorporação indiscriminada de tecnologia. Pelo contrário, os EUA encabeçam o grupo de países de maior proporção equipamentos/população.

O aumento do uso de serviços auxiliares tais como exames de laboratório está relacionado com a especialização, a extensão da seguridade social e dos métodos de pagamento. O estudo de REDISCH[4] apud BANTA (1988) indicou que o uso mais intensivo destes serviços dá conta do aumento aproximado de 40% dos custos operacionais do hospital.

A pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo realizada pela Fundação SEADE(1992) também aponta este tipo de comportamento no Brasil. Neste estudo verificou-se que aproximadamente 45% dos indivíduos da região metropolitana de São Paulo são beneficiários de convênios médicos e pagam antecipadamente por consultas, exames, internações e outros serviços médico-hospitalares prestados através da chamada Medicina de Grupo. No período de abrangência da investigação, em 68,5% das famílias com recursos assistenciais próprios, pelo menos um membro procurou atendimento, enquanto no mesmo período, 46,6% das famílias sem recursos assistenciais próprios tiveram algum membro procurando atendimento médico. Não foram observadas diferenças significativas quanto à morbidade referida pelas famílias com ou sem recursos assistenciais próprios.

Tais estudos corroboram a hipótese de atrelamento do crescimento da incorporação de novas tecnologias médicas aos interesses lucrativos do mercado. Nos EUA, por exemplo, nos estados federados que têm desenvolvido programas de reembol-

---

[4] REDISCH, Michael. Hospital inflationary mechanisms. Las Vegas: Western Economic Association, 1974. (Mimeo)

so antecipado ou de regulação de tarifas, as taxas de difusão da tecnologia são definitivamente mais baixas que em qualquer outro lugar, conforme CROMWELL[5] apud BANTA (1988).

É comprovadamente mais lucrativo para os médicos utilizar de tecnologias sofisticadas do que estabelecer um contato mais longo com seus pacientes. O trabalho de SHOWSTACK(1988) sobre o uso da endoscopia gastrointestinal alta ilustra bem este fato quando revela que enquanto o custo da gastroendoscopia oscila entre 40 e 50 dólares, paga-se mais de 240 dólares por procedimento na Califórnia.

Os altos honorários pagos comparados com os custos de realização de uma endoscopia ou com os custos de uma consulta podem indicar que a sociedade valora em grande medida a informação que esse procedimento fornece. Mais que uma valorização desta informação, parece que os honorários por procedimentos tecnológicos refletem uma alta valoração da tecnologia em si mesma.

BANTA (1988, p.42) insiste na necessidade de controle da tecnologia médica. Contudo, para que este se efetue, o cenário aponta dificuldades que resultam da conexão de quatro fatores coexistentes:1- a tomada de decisão em grande parte orientada pelo setor privado e num sistema de atenção médica sem comando único; 2- as implicações políticas de qualquer tomada de decisão que põe em movimento forças conflitivas; 3- as deficiências de informação sobre os benefícios da tecnologia médica, os riscos e os custos e como fixar os incentivos que afetarão positivamente seu uso; 4- a localização da questão numa área onde valores e ética jogam um grande peso, limitando o papel da racionalidade no planejamento ou tomada de decisões - a inovação tecnológica tem sido considerada um direito, o que circunscreve possíveis ações.

---

[5] CROMWELL, Jerry et.al. Incentives and decisions underlying hospitals adoption and utilization of major capital equipment. Cambridge: ABT Associates, 1975. (Mimeo)

A existência destes fatores afeta a organização dos serviços e a natureza da atenção médica. A tendência, segundo BANTA (1988, p.45), caminha na direção de uma maior proliferação de instituições especializadas (radiológicas, cardiológicas, etc) ou de estabelecimentos de alta complexidade em diagnóstico e terapêutica (laboratórios, medicina nuclear, etc) de tipo de atividade capital-intensiva. Cada vez mais se estabelecerá a necessidade de redução de escala ou a implementação dos chamados serviços multi-hospitalares, para que se mantenham rentáveis, dividindo entre vários estabelecimentos, os serviços comuns de processamento de dados, serviços de apoio, manutenção, cozinha, lavanderia, entre outros.

Estas mudanças sustentam uma demanda formada pela rede prestadora de serviços médicos, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, constituindo-se em força social que estabelece uma relação sinonímica cada vez maior entre o "direito à saúde" e o "direito à assistência médica".

Resulta daí um culto à coisa, ao saber-fazer, à técnica. Saúde se compra a prestação, escolhendo o produto pela qualidade, pelo preço e pelo modo de atendimento.

A imagem profissional médica que está desenvolvendo cada vez mais a tecnologia, com efeito, é a de um trabalho altamente complexo, prestigiado e de um certo nível de infalibilidade: expressão de alta estandartização e despersonalização. O usuário dos serviços busca o especialista que mecaniza cada vez mais sua prática, dando ao usuário a imagem de um suposto nível de excelência, muitas vezes não necessário.

Verifica-se com isto que entre o queixoso que procura os serviços e os trabalhadores de saúde encontramos uma cadeia de mediações cada vez maior, preenchida por procedimentos controlados pelo chamado "complexo médico-industrial"[6] .

---

[6] O termo "complexo médico- industrial" é amplamente utilizado na bibliografia especializada. Refere-se a uma extensa e crescente rede de corporações privadas comprometidas com o negócio da oferta de atenção médica a pacientes, com uma finalidade lucrativa (hospitais privados, clínicas privadas, e outros), bem como os serviços de apoio diagnóstico,conforme RELMAN (1980)

Apesar de não haver colapso cardíaco, problema respiratório ou renal que, ao menos em teoria, não possa ser superado ou amenizado com o auxílio de máquinas deste "complexo", é importante reconhecer que muitas destas tecnologias introduzidas por este, possuem um custo muito elevado em relação aos benefícios produzidos e não provocam nenhuma alteração nos perfis de morbi-mortalidade dos paises (LANDMANN:1986, p.21)[7] .

No âmbito da realidade brasileira, dispomos de muito menos informação sobre a natureza e a forma de operar o mercado de equipamentos médicos. Praticamente não existem estudos empíricos acerca da difusão destes equipamentos.

Neste sentido, o trabalho de NOVAES(1990) é pioneiro. Seu estudo permitiu a definição de perfis hospitalares no município de São Paulo, considerando como parâmetro a incorporação tecnológica e sua repercussão nos serviços de saúde.

Pôde-se identificar tendências de distribuição dos equipamentos que promovem a difusão de novas tecnologias pelos hospitais. Verificou-se que são os hospitais públicos estaduais e os hospitais beneficentes que atendem fundamentalmente clientela coberta com algum tipo de seguro saúde ou particular, os que apresentam um maior grau de incorporação deste tipo de tecnologia no município de São Paulo.

Dentre estes hospitais de maior incorporação tecnológica, foram selecionados 10 estabelecimentos para um aprofundamento da avaliação das condições de incorporação e utilização de equipamentos médicos considerados "traçadores" para o conjunto deles[8] . Os equipamentos médicos, escolhidos como "traçadores", fazem parte

[7] LANDMANN(1986) considerou como indicador para esta comparação a taxa de mortalidade geral em comparação aos gastos com o setor saúde. Apesar dos EUA ser o país que teve o maior incremento de gastos com assistência médica nos últimos 20 anos (600%) mantém-se em 25o lugar na escala mundial em termos de mortalidade. A Inglaterra gasta a terça parte per capita do que empregam os Estados Unidos e, no entanto, ocupa o 6o lugar na escala de indices mundiais de mortalidade. A Alemanha, por sua vez, que possui um perfil semelhante de gastos como o dos EUA, ocupa a 17a posição.

Algumas conquistas na redução da mortalidade por câncer e doenças cardiacas são associadas muito mais a medidas preventivas.

[8] Como critérios norteadores para a escolha de equipamentos "traçadores" foram considerados, na pesquisa de Novaes, a inclusão de equipamentos: 1- terapêuticos e diagnósticos; 2- importantes no cuidado dos principais problemas de saúde da população brasileira (problemas perinatais, doenças do aparelho circulatório e respiratório); 3- significativos para a produção da indústria nacional; 4- significativos na pauta de importações; 5- com diversificados princípios operativos tecnológicos e cobrindo variados graus de complexidade tecnológica; 6- com participação em diferenciados processos de trabalho existentes num hospital.

da lista atual, para o Brasil, dos recursos materiais mínimos hospitalares que respondem a uma demanda de atenção hospitalar[9].

Do grupo de equipamentos estudados, observou-se um predomínio do uso intensivo, associado a dificuldades frequentes no manuseio dos aparelhos. Mesmo quando existem estes equipamentos nos hospitais, uma série de fatores foram identificados como responsáveis para que estes não produzam o esperado e seu manuseio constitua em fator de erros e riscos adicionais em processos diagnósticos e terapêuticos.

Como a demanda de atenção hospitalar delimitada reflete de algum modo os principais problemas de saúde da população brasileira, NOVAES conclui pela provável existência de deficiências no cuidado necessário a ser dispensado à estes problemas, mesmo em hospitais de primeira linha. Evidentemente, esta tendência observada no município de São Paulo nos ajuda a dimensionar o problema para outras realidades do serviço hospitalar brasileiro.

Uma conclusão importante deste trabalho refere-se às considerações feitas para o universo dos estabelecimentos hospitalares do município de São Paulo em geral. Observou-se um perfil global composto predominantemente pela baixa incorporação de equipamentos de maior complexidade tecnológica ou de geração mais recente.

Não foi desprezível também a taxa de contratação de serviços de terceiros no setor privado, principalmente nos hospitais de médio porte, apontando para uma tendência analisada por CANITROT (1981) . Diante dos elevados custos da incorporação de novas tecnologias, há cada vez mais uma seletividade na indicação dos procedimen-

---

[9] Foram selecionados os seguintes equipamentos para serem estudados nos hospitais: equipamentos com função predominantemente terapêutica (aspiradores, incubadoras, aparelhos para anestesia, respiradores e hemodialisadores), equipamentos com função predominantemente diagnóstica (análises clínicas- centrífugas, espectrofotômetros, analisadores automatizados; métodos gráficos - eletrocardiógrafos; diagnóstico por imagem - aparelhos rx, tomógrafo computadorizado, ultrassonógrafos, aparelhos para cineangio coronariografia; medicina nuclear - gama-câmara), equipamentos com função diagnóstica e terapêutica (endoscópio de fibra ótica).

tos e uma tentativa de barateamento dos custos operacionais dos equipamentos, aumentando a sua localização extra-hospitalar[10].

Analisados os equipamentos quanto ao país de origem nos 10 hospitais de primeira linha escolhidos para o levantamento empírico, a autora identificou uma tendência para a internacionalização da inovação tecnológica, através da busca de incorporação de modelos produzidos no estrangeiro, em detrimento de modelos similares nacionais. Na tabela abaixo, observamos a distribuição geral dos equipamentos alocados nos hospitais, por país de origem.

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS ALOCADOS NOS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, POR PAÍS DE ORIGEM

PAÍS DE ORIGEM	PORCENTAGEM DE EQUIPAMENTOS
BRASIL	40,11%
EUA	44,16%
FRANÇA	3,35%
HOLANDA	3,04%
ALEMANHA	2,72%
JAPÃO	3,82%
OUTROS	2,65%
S/INF.	0,15%
TOTAL	100,0%

FONTE: NOVAES:1990, Op.cit. p.236.

[10] É o caso, identificado por NOVAES, das áreas de anatomia patológica (82%), endoscopia (63,9%) e patologia clínica (55%) nos serviços diagnósticos, e da hemoterapia (84,5%), nos serviços terapêuticos do município de São Paulo.

Esta distribuição geral dos equipamentos quando analisada por nível de diferenciação tecnológica, demonstra um modo diferenciado de penetração dos modelos importados de equipamentos médicos no mercado de consumo hospitalar. Assim, observou-se que equipamentos localizados nestes hospitais, como analisadores automatizados, tomógrafos computadorizados, ultrassonógrafos, cineangio, gama-câmeras e endoscópios são todos importados, enquanto que aspiradores, incubadores, aparelhos de anestesia e eletrocardiógrafos são, predominantemente, nacionais.

Qual o alcance da contribuição do estudo de NOVAES para a discussão das articulações entre tecnologia, saúde e atenção médica no Brasil?

O que cabe destacar por hora, refere-se ao prestígio e ao reconhecimento público que goza a instituição hospitalar no Brasil. A inovação tecnológica do serviço hospitalar, portanto, constitui-se numa considerável força social capaz de influir nos rumos das políticas de saúde.

A complexidade tecnológica crescente dos equipamentos recém incorporados às práticas médicas faz com que não haja condições de produzi-los no nível local. Ao mesmo tempo está criando novas demandas de consumo que pressionam o Estado a um esforço de expansão dos seus serviços e sistemas de controle, a partir destes parâmetros técnicos dados pela tecnologia importada ou pela atuação direta de grandes grupos econômicos que detém o seu domínio.

Pelo exposto acima, é possível analisar a inovação tecnológica por que passa a prática médica a partir das exigências de altos investimentos e lucros por parte das grandes firmas. A demanda por novos equipamentos e processos é uma demanda induzida por quem produz estas novas tecnologias, tornando prematuramente obsoletas as técnicas de produção e podendo afetar padrões de comportamento e a própria estrutura social.

A pesquisa domiciliar de COHN (1991b), realizada nos anos de 1985 e 1986, nas zonas sul e leste do município de São Paulo, evidencia uma das manifestações deste processo. A população de baixa renda tende a procurar o serviço mediante a percepção da gravidade do episódio - em geral, sintomas agudos. Nesta procura estão quase sempre presentes: a importância do diagnóstico, o remédio e a cura. A lógica expressa nesta busca recai, predominantemente, sobre a resolutividade esperada dos serviços hospitalares.

É o que se pôde constatar quando se verificou em que serviço o usuário se sente melhor atendido. 57,3% e 52,1% dos usuários da zona sul e leste, respectivamente, sentem-se melhor atendidos nos hospitais privados, conveniados ou não. A seguir, nos hospitais e prontos-socorros da rede pública - 14,4% e 18,6% dos usuários da zona sul e leste, respectivamente. E, finalmente, nos postos e centros de saúde - 12,4% dos usuários da zona sul e 11,3% dos usuários da zona leste. A população se sente melhor atendida nestes serviços de saúde a partir de critérios bem definidos também identificados na pesquisa: "boa relação entre médico e paciente"; "rapidez" no atendimento, e; "eficiência do médico" (COHN:1991b, p.88).

Estes resultados podem ser considerados indicadores do modo como a "busca de saúde" tende a ser entendido como "procura por medicalização". No caso da população de menor renda, a associação desta busca à necessidade de rápida resolutividade do serviço ocorre na medida em que está em jogo parcela do tempo de trabalho e de reprodução da existência.

Tanto num perfil caracterizado pelo tipo de procura da população de baixa renda, quanto no perfil dos usuários com recursos assistenciais próprios, os usuários reduzem o termo saúde a mera assistência médica.

Podemos fazer esta afirmação ao cruzarmos estes resultados com os obtidos na pesquisa de condição de vida na região metropolitana de São Paulo, já mencionada anteriormente (FSEADE:1992, p.43). Os usuários "demandantes" de serviços dos consultórios médicos encontram-se dentre 77,1% das famílias com recursos assistenciais próprios - que procuraram outros tipos de estabelecimentos sem internação, diferentes de postos ou centros de saúde. A procura por este tipo de serviço em famílias sem recursos assistenciais próprios foi de apenas 14,7%, no mesmo período.

Estas duas pesquisas confirmam, ao revelarem uma baixa procura aos serviços públicos de primeira linha, que estes não estão imprimindo uma lógica na procura dos serviços de saúde segundo a qual se configurariam como "porta de entrada" a um sistema único de saúde - universalizado, regionalizado/hierarquizado e integrado em suas ações preventivas e curativas.

Esta especificidade histórica da organização dos serviços de saúde no Brasil torna de fundamental importância os estudos da inovação tecnológica nos hospitais, bem como seus desdobramentos em termos de reordenamento territorial. Historicamente, as políticas de saúde no país foram marcadas pelo aumento significativo de distintas modalidades de compra dos serviços privados da atenção médica, intrinsecamente associada à previdência social. A saúde pública conviveu, no decorrer deste tempo, de forma tensamente complementar com este tipo de assistência médica hospitalar[11].

[11] Sem pretender esgotar a volumosa produção em torno deste tema, destamos as obras de DONNANGELO(1975 e [s.d.]); GENTILE DE MELO(1977); POSSAS(1981); OLIVEIRA (1984); CORDEIRO(1984); JACOBE(1985); OLIVEIRA E TEIXEIRA (1986).

É nesta perspectiva que o trabalho de DONNANGELO (1979) pôde ser considerado um marco, uma vez que buscou a construção do objeto do campo de estudos que PEREIRA preferiu designar de Saúde e Capitalismo[12].

Pretendendo analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes, esta autora centrou a sua análise nas possibilidades de consumo de serviços médicos na sociedade capitalista. Desvendou com isto, a suposta neutralidade, na medida em que conclui que o cuidado médico se generalizou amplamente quer pela necessidade de reprodução da força de trabalho quer pelo nível político resultante dos antagonismos de classes.

Neste processo analisou criticamente o privilegiamento dos grupos sociais fundamentais frente ao processo de produção econômica. Concretamente isto pode ser verificado na diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientelas.

Assim, "a extensão da prática médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais" (DONNANGELO:1979, p.33).

É assim que, no caso brasileiro, concordando com FORSTER e YASLLE-ROCHA(1991, p.71), "a cobertura assistencial e as causas das hospitalizações são diferenciadas(...)porque as condições existenciais enfrentadas pela população, os riscos de adoecer, a percepção da doença e demanda por assistência, o acesso e a estrutura,

---

[12] Esta expressão o Prof.Luiz Pereira empregou na qualidade de membro da comissão examinadora e na situação de argüição oral da tese defendida em agosto de 1976 junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP por Maria Cecília Ferro Donnangelo.

bem como as fontes de financiamento dos serviços de saúde são igualmente diferenciados ".

Por outro lado, ainda segundo DONNANGELO(1979), é preciso entender, no caso brasileiro, o surgimento da Previdência Social como uma resposta do Estado a um problema social gerado por carências e tensões que tem assumido, na fase urbano-industrial do capitalismo, "o caráter de pressões do trabalhador por aumento de consumo no interior de um processo de negação da 'pobreza' mais do que do sistema(...) A participação estatal no setor é inquestionável. Contudo, esta interferência não reflete uma tentativa autônoma e deliberada de monopolização, mas a dinâmica das relações entre Estado e Classes Sociais ao longo de toda a história da Previdência que foi criando as condições que lançariam o Estado no centro do mercado da assistência médica" (DONNANGELO:1979, p.34).

A partir daí, a ampliação quantitativa e qualitativa da assistência médica está mais relacionada com as pressões do consumidor, o que não implica dizer que ao mesmo tempo o setor comportou formas de privilegiamento do produtor privado e de suas modalidades de serviços de saúde.

GONÇALVES(1985), através de uma releitura do pensamento médico desde o séc. XIX, retomou esta reflexão sobre a prática médica através de sua articulação com a investigação epidemiológica no campo das doenças crônico-degenerativas. Considera que "definitivamente, isto não quer dizer que se deve adotar a posição de esperar por mudanças sociais mais inclusivas e estruturais para retornar um trabalho que não pode ser feito aqui e agora. O que se quer dizer é que uma reflexão política e ideológica sobre a prática instrumentalizada pela Epidemiologia, sobre suas articulações no conjunto estruturado de práticas, que constitui a estrutura social, que uma tal reflexão impõe-se como um passo prévio que deve reconhecer como essas caracteristicas sociais

da prática se encontram sistematizadas e organizadas no saber, se reproduzem historicamente nele. O que encaminha necessariamente não para uma 'ruptura epistemológica' - mera consequência - mas para uma ruptura com os compromissos sociais assumidos à época do nascimento da clínica, renovados e atualizados depois" (GONÇALVES:1985, p.47).

Colocações como estas resgatam em profundidade certos paradigmas no campo das investigações na área de saúde coletiva que contribuem para o delineamento do quadro teórico que se pretendeu imprimir no presente trabalho, ajudando a nos situar frente aos pressupostos das políticas de saúde no Brasil.

De fato, foi do movimento popular, dos trabalhadores de saúde, dos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades e de Associações como a Associação de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva - CEBES, que emergiram as críticas e reivindicações do setor saúde nas últimas décadas no Brasil, cujos rumos da VIII Conferência Nacional de Saúde foram a sua expressão máxima. A partir desse momento, explicitaram-se os princípios de equidade no acesso aos serviços, integralidade nas ações de saúde, hierarquização e regionalização dos serviços e comando único com participação da população na gestão dos serviços.

A Oitava Conferência, realizada em 1986, com a presença de 4000 pessoas entre representantes de entidades de classe, representantes de instituições públicas e privadas e público em geral, teve como objetivo obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para o debate na futura constituinte (1988). As maiores divergências surgiram em torno da estratégia de constituição do Sistema Único de Saúde, da intervenção do Estado e do caráter estatizado ou não do novo sistema.

O impasse ali expresso esteve também presente na constituinte.

Pela nova constituição, prevaleceu o projeto da Comissão de Sistematização na Seção 1 da Seguridade Social, ficando garantido na lei um sistema único de saúde com comando administrativo único em cada nível de governo e cabendo ao poder público a regulamentação, execução e controle das ações de saúde; prevê a participação da empresa privada de forma supletiva e sob condições estabelecidas em contrato de direito público.

À Constituição Federal seguiram-se as estaduais, as leis orgânicas municipais e a Lei Orgânica da Saúde (Federal) - coroando uma luta que expressou no plano jurídico a garantia de um sistema único de saúde.

Agora, estão sendo concentrados esforços na consolidação do plano técnico e político do SUS. A municipalização dos serviços de saúde pública está sendo entendida como a tática que promoverá a descentralização do sistema.

Contudo, ao se centrar a atenção na assistência médica, recria-se a sua necessidade em planos de complexidade tecnológica cada vez mais sofisticados. Esta tendência responde ao avanço do conhecimento médico com suas repercussões imediatas nos meios de diagnóstico e terapêutica e gera uma expectativa de acesso a essa tecnologia na população.

A tudo isto está ligada a idéia de que a incorporação dos frutos do desenvolvimento tecnológico às práticas de saúde é o caminho para a melhoria da saúde da população, tornando cada vez mais frequente o recurso aos medicamentos e exames laboratoriais e a incorporação de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares como exigência da boa atenção médica.

Uma recente pesquisa do Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde-SP avaliou este processo de municipalização no Estado de São Paulo (HEIMANN:1991) e permitiu identificar alguns problemas na implantação do SUS através da municipalização. Em todos os municípios estudados[13], a assistência médica individual - tipo pronto atendimento - foi introduzida e, hoje, é hegemônica, enquanto prática assistencial nos serviços que compõem a rede pública, particularmente após o convênio da municipalização.

Assim, "esse pronto atendimento, na medida em que se amplia como atenção primária, cria uma necessidade de oferta de atendimento especializado ambulatorial e hospitalar que passa a ser desenvolvido nos municípios médios e grandes pela rede pública (...) Esta atenção secundária, também sob a forma de pronto atendimento, é de maneira regular para esses municípios a grande questão a ser trabalhada para a definição dos sistemas de saúde municipais uma vez que encontram limites no seu funcionamento e na oferta dos serviços" (HEIMANN:1991, p.18).

Verificou-se também que nos municípios médios e grandes que avançaram neste modelo afloraram os conflitos entre os serviços públicos e privados. São estes últimos que detêm a produção deste tipo de atendimento e há uma insatisfação crescente da população pela dificuldade em ter acesso à essa atenção.

Por sua vez, a fragmentação e alto grau de especialização médica provocada pela inovação tecnológica já se faz sentir no ensino médico. A crescente inovação tecnológica tem mudado substancialmente as necessidades de ensino e a composição do

---

[13] O trabalho de campo desta pesquisa foi realizado através de estudos de caso. Para tal, foram escolhidos os seguintes municípios: Campinas, Casa Branca, Botucatu, Penápolis, Bady Bassit, Mongaguá, Juquitiba, Osasco e Santo André.

corpo docente em função das prioridades acadêmicas deslocadas do objeto de estudo do paciente à informação baseada na enfermidade.

Em termos de América Latina, documento da OPAS/OMS (1992) destinado à II Conferência de Edimburgo aponta os problemas decorrentes das transformações técnicas da profissão médica e sua influência sobre a educação médica.

Este documento da OPAS/OMS explicita a necessidade de rever as restritas preocupações das faculdades latino-americanas quanto a eventuais reformas curriculares que atendam a uma maior eficiência educativa frente às exigências derivadas destas tranformações da prática médica. Direciona o debate para o posicionamento que estas escolas terão de ter frente à crise econômica atual e ao desenvolvimento tecnológico, integrando os conhecimentos das ciências sociais para a compreensão de uma problemática considerada essencialmente social.

A reforma curricular, do curso de medicina da UNESP de Botucatu, ilustra este desafio do ensino face ao rápido progresso científico e tecnológico e da necessidade de se manter o estudante de medicina atualizado[14].

Diante do contexto da inovação tecnológica, seus protagonistas apontam para a necessidade de enfrentar o distanciamento dos estudantes de medicina da possibilidade de construir um modelo conceitual que incorpore tecnologia ao arsenal clínico. Procuram resgatar, assim, a ênfase no pensamento crítico essencial na formação médica com fundamento nos "conceitos tais como sensibilidade, especificidade, estimações de

[14] A Faculdade de Medicina de Botucatu iniciou suas atividades em 1963. Numa primeira avaliação feita do curso em 1978 concluiu-se que o curriculum se pulverizou (entre 1968/1978 houve um acréscimo de 100% de disciplinas!). Esta excessiva fragmentação coincide com a avaliação de declínio da qualidade do curso por parte dos ex-alunos. Estes ex-alunos apontam num inquérito recente (RUIZ, Tânia et.all.: 1991) a necessidade de maior ênfase na formação do "médico geral". Como o hospital universitário encontra-se cada vez mais integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), transformou-se gradativamente em serviço de nível terciário. Evidentemente, a educação médica com base somente neste nível distorce a visão do estudante da morbidade mais prevalente.

probabilidades de enfermidade e sua modificação progressiva à medida que surgem dados clinicos" (BARONDESS:1988, p.36).

Tacitamente perguntam-se até que ponto a máquina pode transformar-se num indicador infalível dos limites, sempre complexos e difíceis, de enfermidade-saúde. Em outras palavras, procuram definir diretrizes para o desenvolvimento das perícias de atenção ao paciente, da coleção de dados clínicos, da familiaridade com a seleção/aplicação/interpretação dos resultados dos exames complementares mais comumente usados e de alguma percepção da importância e peso relativo de cada um destes no tratamento do paciente.

Por fim, concluímos pelas considerações desenvolvidas até aqui, que o objeto de estudo é amplo e de grande complexidade. Certamente, não é por acaso que no setor saúde há uma tendência, no momento atual, de identificar a prática médica como prática técnica ligada à idéia da incorporação do desenvolvimento tecnológico como o caminho para a melhoria dos problemas de saúde.

Qual é, hoje, e qual será, no futuro, o papel dos hospitais são questões que exigem respostas articuladas, complexas e que certamente não se esgotam com o que tem sido pesquisado.

O entendimento da medicina como prática social no bojo da estrutura capitalista é o ponto de referência mais amplo para a análise da tecnologia no setor saúde, por que desvenda como se articula suas inovações com o processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições econômicas e político-ideológicas da produção.

Diante do que apresentamos neste capitulo, pudemos nos perguntar dos caminhos possiveis para se seguir nesta reflexão. Afinal, existiam múltiplas razões para inquietarmo-nos ante este processo de industrialização dos serviços médicos.

Os interesses financeiros diretos dos médicos em hospitais e clínicas privadas, laboratórios clínicos, unidades de diálises, são visíveis. Médicos integram conselhos diretivos e consultivos governamentais e, em muitas das maiores corporações, efetuam avaliações de novas tecnologias (medicamentos, dispositivos, provas diagnósticas e procedimentos terapêuticos). Expressam opiniões em artigos, conferências e informes. Enfim, acreditamos não ser por acaso que na grande imprensa haja tantos artigos sobre os progressos médicos, conforme o levantamento que realizamos nos arquivos da Folha de São Paulo, O Estado de São Paulo e Gazeta Mercantil[15].

Daí resulta o grande peso destes atores nas decisões emitidas, como evidenciam as estimativas de RELMAN (1980): 70% do gasto total para a atenção médica é resultado de decisões emitidas pelos médicos.

O seguro de saúde, por sua vez, converte os pacientes, de consumidores, em demandantes que reclamam atenção médica, sem importar-se com o preço. É cada vez maior o número dos que recebem atenção médica e aqueles que possuem dificuldades de acesso levantam esta bandeira enquanto direito básico de todos cidadãos.

No esteio desta onda de inovações e da crescente oferta de serviços de apoio diagnóstico, proliferam-se os convênios pagos de medicina particular no Brasil. São quase 14 milhões de brasileiros associados a uma das 300 empresas de medicina de grupo do país. Essas empresas tratam da saúde de 15% dos segurados do INAMPS ou 25% de toda força de trabalho do país, num movimento que só em 1987 foi responsável por 52 milhões de consultas médicas - uma consulta médica para cada 2 brasileiros pelo menos uma vez ao ano e a garantia de um mercado promissor no ramo dos serviços de apoio diagnóstico (Revista VEJA:1988).

---

[15] Ver indicação na bibliografia de artigos publicados nestes jornais. Chamamos a atenção para a forte presença das universidades públicas neste debate, em especial a USP e UNICAMP.

O presente trabalho é resultado da busca de compreensão deste cenário em transformação. Explicitaremos, a seguir, a trajetória percorrida na formulação do objeto de estudo e sob quais questões procuramos entender o significado das novidades observadas no setor saúde.

CAPÍTULO 2 - O TERRITÓRIO DA TECNOLOGIA MÉDICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: MAPEANDO TENDÊNCIAS

Até o presente momento, procuramos demonstrar sobre qual cenário em transformação nos colocamos a pensar.

Neste capítulo apresentaremos o estudo da distribuição dos equipamentos de saúde pelo território do município de São Paulo. Pretendemos não apenas mostrar a existência de um arranjo territorial dos equipamentos de saúde no município de São Paulo encadeado às formas de apropriação da inovação tecnológica, mas explicitar como fomos concebendo os dispositivos de organização social que subjazem a esta matriz espacial - o seu território, enfim.

Nesta fase do trabalho, apontaremos como norte da reflexão algumas indagações em relação a contraposição entre as medidas de interesse coletivo e o atendimento médico-assistencial individualizado, a interface entre o setor público e privado no atendimento médico-previdenciário e os serviços básicos de saúde face ao avanço da sofisticação tecnológica.

Cremos já terem sido suficientemente esclarecidos os motivos que nos levaram a ter como ponto de partida para esta análise a identificação das tendências de distribuição dos hospitais: por um lado, o prestigio e o reconhecimento público que goza a instituição hospitalar no Brasil, constituindo-se em força social capaz de influir nos rumos das politicas de saúde; de outro, a tendência da "busca de saúde" ser entendida como "procura por medicalização", conforme nos apontam os trabalhos de COHN (1991b), HEIMANN (1991), SEADE (1992) e RIBEIRO (1993).

O manuseio destes trabalhos existentes pôde fornecer alguns parâmetros empíricos do modo como se constitui a base territorial dos serviços de saúde de maior complexidade tecnológica. Contudo, de pouco ajudavam no sentido de identificar o sentido do movimento do real a partir do território que este próprio movimento gera.

Por grande parte do tempo, a pesquisa se fez na busca do entendimento do que seria, exatamente, o objeto que estava sendo estudado. E, foi assim, tentando pensar de que modo a realidade, os dados disponíveis e nosso trabalho interagiam entre si e se constituíam em "algo mais real", que comprometíamo-nos em resgatar o entendimento do movimento deste real.

O saber, por fim, era entendido como um permanente fazer, prática reflexiva que considerava o real-concreto, não o imediato-aparente por si, mas fruto de uma articulação indissolúvel entre a teoria e a prática.

Não há como negar que tais preocupações, inicialmente, tiveram forte influência dos rumos do debate da geografia brasileira nos anos 80. Principalmente, a reflexão comprometida com uma geografia que analisasse na sua essência o espaço através dos processos sociais, para a qual a obra do Prof. Milton Santos trazia a inquietude, instigava o pensar, a dúvida - particularmente, algumas de suas principais obras publicadas no Brasil entre 1978 e 1979[1] .

O esforço era no sentido de repensar o conteúdo teórico-metodológico de um número muito grande de estudos geográficos que não levavam em consideração as estruturas sociais em seus diferentes níveis espaciais e as explicações das ligações entre as condições nacionais e locais. Ligações estas relacionadas ao fluxo de inovações e à modernização global.

Dentre estes, podemos fazer referência, conforme nos diz SANTOS (1979a, p.46-52), aos estudos do geógrafo sueco Torsten Hagerstrand e de seu grupo de pesquisa, em conformidade a modelos indutivos (baseados na existência de ondas de

---

[1] Referimo-nos às seguintes obras: 1- Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1978; 2- Economia espacial: críticas e alternativas. São Paulo: Hucitec, 1979a; 3- O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. Rio de Janeiro: F.Alves, 1979b; 4- Pobreza urbana. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1979d; 5- Espaço e Sociedade. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

inovações) e modelos probabilísticos que permitiam discutir o problema de onde e porque localizar as coisas (supermercados, aparelhos de tv, bancos, estradas, novas técnicas e equipamentos, por exemplo). Ou, mais recentemente, o que nos alertou CORRÊA (1989) a respeito dos estudos sobre os centros de gestão das atividades econômicas, que dão um enfoque eminentemente descritivo e classificatório, não abordando a natureza e o significado da função deste controle.

Isto não invalidava, é claro, os aspectos da realidade, por estes desvendados, que apontavam a progressiva importância da magnitude da concentração/centralização do capital e da acumulação capitalista nas atividades de controle, decisão e gestão territorial e colocavam em evidência aspectos fundamentais da dinâmica do capitalismo no que se refere a este tipo de controle e decisão das atividades. É o caso, no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo, de corporações que estabelecem uma rede intrincada de fluxos com as cidades onde se estabelecem unidades produtivas e de serviços[2].

Passamos a nos perguntar como levar em conta, direta ou indiretamente, o papel da acumulação do capital à escala mundial e de suas repercussões nas diversas escalas geográficas (a do país, a das cidades, etc). Em que medida os diferentes elementos de uma dada organização espacial podem vir a variar em sua distribuição? Qual o papel geográfico dos monopólios e das inovações?

Pensar a relação entre espaço e saúde, nestes termos tão amplos, remeteu-nos a leituras de uma espaciologia da sociedade contemporânea. Das referidas obras do Prof. Dr. Milton Santos, mergulhamos na análise espacial que Henri Lefébvre produziu

---

[2] Para SACHAR (1983) este processo está produzindo uma hierarquia mundial de cidades, sendo as corporações multinacionais o agente mais importante neste processo. As denominadas "cidades mundiais" seriam os grandes centros de acumulação de capital, gestores da tecnologia de ponta, da pesquisa, do design e da gerência global.

daquilo que o mesmo preferiu denominar de sociedade burocrática de consumo dirigido[3].

O espaço, em estreita correlação com a prática social, vinculava-se à reprodução das relações de produção. Nesta ampla acepção, tenderia a ser o nexo estrutural e sustentáculo de qualidades intrínsecas a todas as atividades da sociedade neocapitalista em seu movimento contraditório. Contradição esta que instala-se entre as relações próximas, cotidianas, locais e, por outro lado, a capacidade global das forças produtivas de poder produzir espaços à escala planetária. Contexto onde "a ordem longínqua, a ordem das relações sociais, das relações de produção à escala global e, portanto, da sua reprodução, invade brutalmente as relações próximas (a vizinhança, a natureza ao redor da cidade, da região, das comunidades locais, etc...)"(LEFÈBVRE:1973, p.19).

Como concatenar estes níveis de análise e realidade, instrumentalizando-se para o entendimento da inovação tecnológica no setor saúde?

Através do trabalho de campo e do tratamento dos dados disponíveis, foi possível criar um ir e vir entre o recorte teórico da questão da inovação tecnológica que se esboçava e a realidade que se apresentava aos nossos olhos, clareando o jogo categorial necessário para a compreensão do fenômeno da inovação tecnológica em saúde no bojo do movimento da sociedade contemporânea.

Entender este processo implicava também "esmiuçar o cotidiano dos movimentos sociais, da constituição da demanda dos serviços de saúde, da prática social dos agentes envolvidos, da estranha simbiose do saber popular e do saber científico na

---

[3] É sabido que Henri Lefèbvre sistematizou uma leitura dos principais temas da sociedade pós-guerra (a vida cotidiana, a tecnocracia, a modernidade, cultura de massas, sociedade de consumo, entre outros) tendo como uma das principais categorias de análise o espaço. Em especial, pudemos nos debruçar diante do que o próprio autor denominou de um projeto de conhecimento analítico e global, nas seguintes obras: Posição:contra os tecnocratas, 1969; El derecho a la ciudad. 4.ed. 1978; Lógica formal/lógica dialética. 5.ed., 1991; la vida cotidiana en el mundo moderno. 3.ed. 1984; espacio y politica, 1972; A re-produção das relações de produção, 1973; e, La production de l´espace. 3.ed. , 1986.

área da formulação das políticas de saúde, da relação, enfim, entre os movimentos e manifestações sociais por saúde e o Estado (COHN:1991b, p.26).

O mapeamento do território da tecnologia em saúde no município de São Paulo permitiu o exercício da leitura destas questões centrais que estavam sendo delineadas, verificando a amplitude das mesmas e dos recursos que poderiam ser utilizados, prevendo e executando trabalho de campo, organizando e sintetizando dados, reorganizando idéias.

O caminho percorrido para a produção destes mapas, nestes termos, foi longo. Procuraremos descrevê-lo, na medida em que acabou determinando o tratamento cartográfico necessário para concluirmos satisfatoriamente a tarefa a que nos propusemos.

O primeiro passo constituiu a busca de séries históricas a respeito dos serviços hospitalares.

As séries históricas produzidas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE) desde 1975, não apresentavam um grau de desagregação desejado das informações. Por sua vez, a Prefeitura do Município de São Paulo, apesar de fornecer um adequado suporte ao levantamento de informações dos serviços através do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal de Saúde, restringia-se apenas aos serviços sobre o comando do poder público municipal.

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tivemos acesso ao relatório do Serviço de Registro e Cadastro que a Coordenadoria de Administração Hospitalar mantinha até 1987, na Divisão de Fiscalização do Departamento de Técnica Hospitalar. Trata-se de um relatório com a situação de todos os equipamentos no município de São Paulo até 31/12/86, com cadastro hospitalar, número de registro do equipamento de

saúde, data de registro, endereço e entidade mantenedora. Este material constituiu-se na base de informações para a produção dos mapas.

Contudo, a formação dos Escritórios Regionais de Saúde - ERSA, em 1987, levou à descentralização da produção destas informações e à extinção da Coordenadoria de Administração Hospitalar. No município de São Paulo, foram formados 8 destes escritórios regionais de saúde. Infelizmente, os mesmos não se encontravam preparados enquanto estrutura física e técnica para dar continuidade a este trabalho e esta série histórica não teve continuidade.

Tendo em vista o exposto acima, não tínhamos acesso à data de registro de serviços de saúde ocorridos a partir de 1987.

Com a finalidade de obtermos maiores informações a respeito de serviços de saúde que constavam da listagem da extinta Coordenadoria de Administração Hospitalar e dos serviços que surgiram desde então, procuramos acessar o arquivo do Conselho Regional de Medicina. Lá, só foi possível obtermos uma listagem de endereços das pessoas jurídicas registradas até 1992. A conferência destes dados foi inócua. Dentre os hospitais, por exemplo, os arquivos existentes no Centro de Informações em Saúde - CIS da Secretaria de Estado de Saúde, informaram que 16 destas entidades registradas no CRM já estavam fechadas, uma transformou-se num Centro de diálese, 2 ainda não haviam sido inauguradas, 2 estavam desativadas para reformas e ampliações e 9 não constavam de nenhum cadastro da Secretaria de Estado de Saúde (talvez por que nunca chegaram a funcionar).

Uma outra tentativa de busca do ano de registro de estabelecimentos de saúde ou de outras informações (como a complexidade tecnológica e capital inicial, distribuição de cotas entre sócios, alterações contratuais, dos estabelecimentos privados) foi feita no Cadastro Estadual de Empresas da Junta Comercial do Estado de São Paulo. Apesar de serem enquadrados como serviços, todos os hospitais que possuem farmácia

em suas instalações deveriam estar cadastrados nesta Junta. Porém, isto não corresponde à realidade. Grande parte destes estabelecimentos estão registrados nos Cartórios de Títulos e Documentos, que perfazem um total de cinco, sendo que apenas um destes possuía arquivos informatizados.

Note-se, com este relato, que a produção criteriosa e contínua de dados para o planejamento do setor saúde no Brasil ainda deixa muito a desejar, dado o incipiente conhecimento e controle da produção dos serviços, principalmente do setor privado. Estas dificuldades reforçaram ainda mais a justificativa de estudar o perfil da oferta e demanda dos serviços de saúde, sobretudo num país que possui um preceito constitucional que prevê a participação da empresa privada no Sistema Único de Saúde de forma supletiva e sob condições estabelecidas em contrato de direito público, conforme parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Brasileira (BRASIL:1988).

Em face destas restrições e dificuldades, decidimos utilizar o Relatório de Cadastro de Unidades datado de Agosto de 1992, produzido pelo Centro de Informações de Saúde -CIS da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo para conferir e atualizar a listagem de 31/12/86. Neste relatório do CIS obtivemos informações sobre o nome do estabelecimento, o tipo de assistência, a entidade mantenedora, acrescido de número de leitos planejados e a capacidade operacional, quando a unidade fosse hospitalar. Foram estes mesmos relatórios que alimentaram o Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Previdência e Assistência Social. Para a produção dos mapas dos hospitais, consideramos as informações do ano de registro, número de leitos operacionais e endereço.

Com a finalidade de visualizar a distribuição dos dados de ano de registro, organizamos o diagrama de dispersão abaixo.

Observando a amplitude total e a frequência de ocorrência destas informações no gráfico da figura 1, chamou-nos a atenção que o registro mais antigo era de 1959. Neste primeiro ano de registro, havia a ocorrência de 34 estabelecimentos privados e 1 público. Quase todos os hospitais públicos apresentavam-se distribuídos entre os anos de 1976 e 1982, sendo que o ano de 1978 se destacava pelo número de 11 destes registros.

FIGURA 1

Como é de amplo conhecimento, as instituições médicas existem há muito mais tempo e a distribuição da série histórica dos hospitais públicos na realidade é outra. Tornou-se evidente, então, que a série histórica utilizada não expressava a real distribuição ao longo do tempo da existência de hospitais no município de São Paulo[4].

[4] Podemos nos basear em algumas obras publicadas na primeira metade deste século que confirmam e apresentam preocupações com a existência dos hospitais modernos já nas primeiras décadas deste século: Campos (1944), Clark (1937), Azeredo (1948).

No Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde não havia qualquer informação que pudesse esclarecer o procedimento adotado para o arquivo da data de registro destas instituições de saúde.

Por se tratar da única série histórica disponivel, mantivemos estas informações como base dos mapas, apenas acrescentando os novos estabelecimentos que surgiram após 1987 através de informações obtidas na Secretaria Estadual e Municipal de Saúde. Entendíamos que o material em nossas mãos representava a série histórica dos estabelecimentos de saúde que se encontravam sob controle e acompanhamento do poder público, ao longo do tempo. Os mapas permitiriam uma análise do território da atenção médica no município de São Paulo sob a ótica da política de Estado para o setor saúde.

O processo de classificação hieráquica por pares recípocros para delimitação de classes confirmou esta nossa hipótese. As classes obtidas apresentavam uma certa similaridade com a periodização já consagrada na bibliografia existente a respeito das políticas de saúde. Confirmavam, assim, a natureza do documento que serviu de base para cartografar o território em estudo, conforme veremos mais adiante.

A partir das classes obtidas, da divisão por porte hospitalar[5] e dos endereços, plotamos os dados com o auxílio de um guia de ruas numa base cartográfica. Para a determinação das dimensões das esferas que representavam os valores numéricos de leitos hospitalares, utilizamos o ábaco para figuras geométricas proporcionais de LIBAULT (1967). O resultado deste trabalho pode ser observado nas figuras 2 e 3.

Tivemos o auxílio do Laboratório de Estatística do Departamento de Matemática da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP de Presidente Prudente para a análise estatística da distribuição dos hospitais. Os mapas das figuras 2 e 3 foram sobrepostos a um sistema de quadrículas e os hospitais foram localizados em relação a um eixo x e y. Estes dados foram organizados numa planilha.

---

[5] Os hospitais foram divididos por porte, segundo o critério do Ministério da Saúde: pequeno porte - até 50 leitos; médio porte - de 51 a 150 leitos; grande porte - de 151 a 500 leitos; porte extra - mais de 500 leitos.

FIGURA 2

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS PÚBLICOS
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAÍBA
POÁ
FERRAZ DE VASCONCELOS
OSASCO
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
ANO DE REGISTRO
1200 LEITOS
FONTE

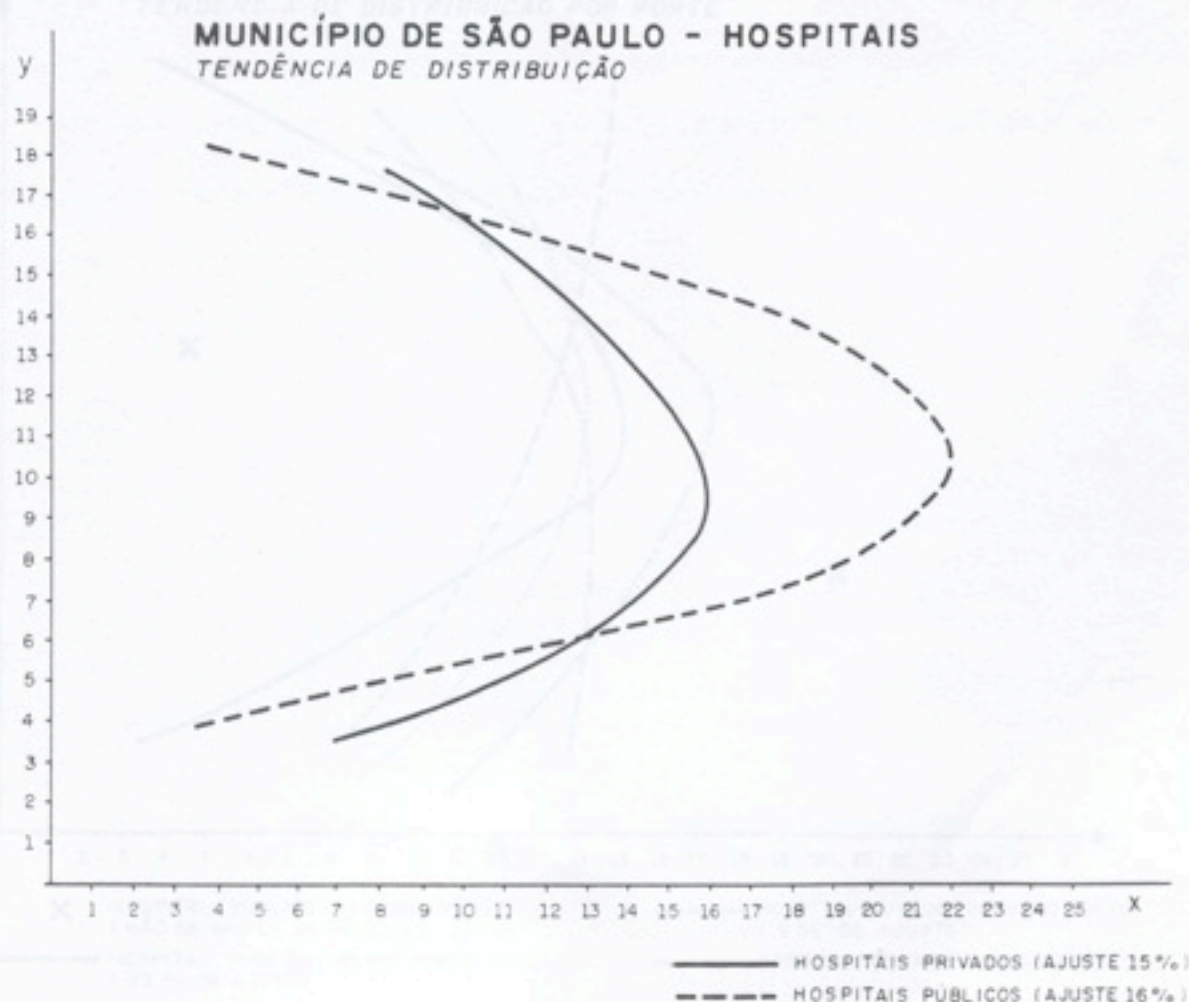
FIGURA 3

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS PRIVADOS
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAIBA
OSASCO
POA
FERRAZ DE VASCONCELOS
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
ESCALA APROXIMADA
FONTE
1200 LEITOS

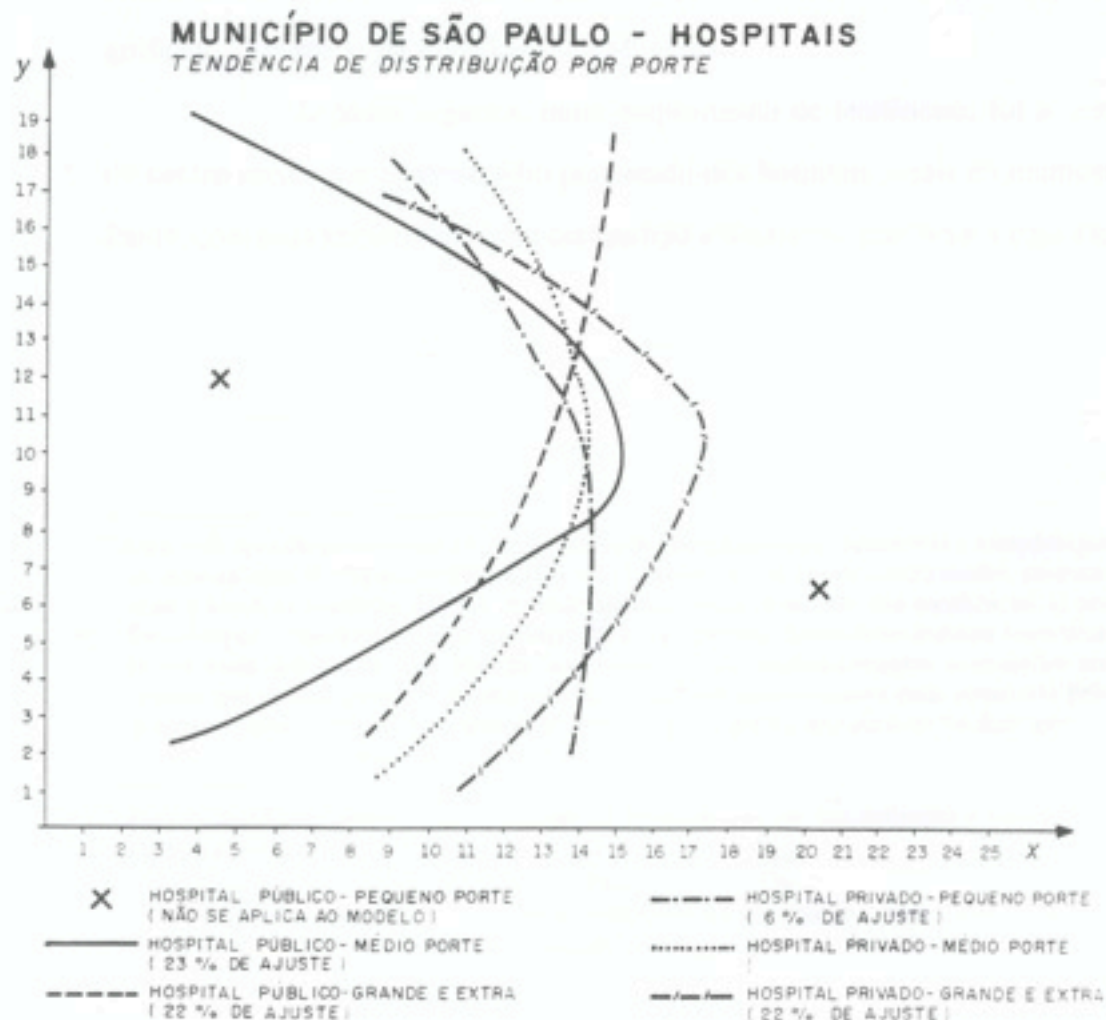
No tratamento estatístico desta planilha constatamos que os dados encontravam-se extremamente dispersos. O ajuste ao modelo estatístico foi de apenas 16% e 15% para a distribuição dos hospitais públicos e privados, respectivamente. Ou seja, uma grande número de estabelecimentos hospitalares apresentava uma distribuição pelo sistema de quadricula diferenciada da tendência apontada pelo modelo.

Na tentativa de melhor ajustar os dados, fizemos neste Laboratório de Estatística uma análise de regressão não linear, acusando que a relação entre as variáveis empregadas (x,y) era curvilinear, conforme observamos na figura abaixo.

Este teste gráfico permitiu-nos identificar que tanto os hospitais públicos como os privados apresentavam uma tendência de distribuição no município de São Paulo voltada para a Zona Leste. Os hospitais públicos apresentavam esta tendência de forma mais acentuada.

FIGURA 4

Quando a distribuição foi analisada por porte hospitalar, a algumas outras conclusões pudemos chegar em relação ao tipo de estabelecimento que melhor define a tendência identificada no tratamento estatístico. É o que ilustra a figura 5.

O tipo de hospital público que está definindo a tendência curvilinear voltada para a Zona Leste é o de médio porte, com um ajuste de 23% ao modelo. Os hospitais de grande porte e porte extra tendem a se distribuir num eixo norte-sul, com ajuste de 22%. Apenas dois hospitais públicos são de pequeno porte e sua distribuição não se aplica ao modelo.

FIGURA 5

O hospital privado de grande porte e porte extra, por sua vez, é o tipo que mais está definindo a tendência curvilinear voltada para a Zona Leste, com ajuste de 22%. Os hospitais privados de médio porte acompanham também esta tendência, de forma menos acentuada. Com relação aos hospitais privados de pequeno porte, destaca-se o ajuste muito baixo de 6%, o que indica um alto grau de dispersão pelo território.

Comparando os dados destes gráficos com os mapas das figuras 2 e 3 pudemos delimitar as parcelas do território do município de São Paulo que dão o suporte à atenção médico-hospitalar no município de São Paulo. Este território da atenção médica, ou seja, sua base tecnológica, tanto para os hospitais públicos como privados, tem os pontos extremos localizados na Zona Norte (entre as Avenidas Deputado Cantídio Sampaio e Coronel Sezefredo Fagundes) e na Zona Sul (entre as avenidas Jabaquara e Santo Amaro). Esta base tecnológica está em movimento, "transbordando pela cidade" diferenciadamente. A tendência mais recente deste movimento é o de incorporação de significativas parcelas da Zona Leste do Município.

O passo seguinte, neste mapeamento de tendências, foi a representação do centro médio e o centro médio ponderado dos hospitais gerais do município de São Paulo, com suas respectivas distâncias padrão assinaladas, conforme a figura 6 abaixo[6].

---

[6] Esta definição do centro médio e centro médio ponderado teve por referência a metodologia de estatística espacial desenvolvida por GERARDI(1981). Assim, no cáculo do centro médio, atribuímos o mesmo peso a todos os estabelecimentos, considerando-se apenas relevante sua localização. O primeiro passo foi sobrepor à figura uma malha quadriculada e registrar o nº de estabelecimentos hospitalares que ocorre em cada quadrícula. Em seguida, somamos o nº de estabelecimentos assinalados em cada linha (frequência de y) e em cada coluna (frequência de x) e multiplicamos cada somatória pelo número de ordem de linha ou coluna correspondente (xifi e yifi). A média de cada eixo foi dado por:

$$X = \frac{\Sigma xi.fi.}{n} \text{ e } Y = \frac{\Sigma yi.fi.}{n} .$$

Para o cálculo do centro médio ponderado foi considerado em sua definição a variável nº de leitos W medido na escala de razão, ou seja $X_w = \frac{\Sigma wi.xi.}{\Sigma wi}$ e $Y_w = \frac{\Sigma wi.yi.}{\Sigma wi}$.

A distância padrão é o equivalente espacial do desvio padrão, sendo o raio de um círculo centrado no centro médio a medida da distância padrão.

FIGURA 6

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
DISTÂNCIA PADRÃO
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
OSASCO
POÁ
FERRAZ DE VASCONCELOS
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
N
LEGENDA
CENTRO MÉDIO
CENTRO MÉDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
ESCALA APROXIMADA
0 1 2 3 4 5 km
FONTE:
CIS/SES - 1986
CEPI/SMS - 1992
ORG.: RAUL B. GUIMARÃES
DES.: FLORA H. SATO

O centro médio tão somente representa o centro de gravidade do conjunto dos estabelecimentos hospitalares, independente do número de leitos. Verifica-se que neste caso, o centro hospitalar de São Paulo localiza-se na Avenida Paulista.

Ao utilizarmos o número de leitos como fator de ponderação, localizando o centro médio ponderado, não observamos nenhuma mudança significativa em termos de centro de gravidade, mantendo-se o centro hospitalar do município nas proximidades da Avenida Paulista, mais precisamente na Avenida Doutor Arnaldo - onde localiza-se o Hospital das Clínicas.

A comparação entre a distância padrão com a distância padrão ponderada permitiu-nos afirmar que o "transbordar do hospital pela cidade" se dá, fundamentalmente, pela maior dispersão dos leitos pelo território, apesar da grande concentração de unidades hospitalares nos arredores da Avenida Paulista.

Esta tendência já havia sido analisada, em parte, por CORDEIRO (1978). Ao estudar a expansão do centro da metrópole paulistana, esta autora acusava a forte presença destes equipamentos de saúde nesta avenida e adjacências, desde antes desta se configurar como o novo centro da cidade. Contudo, mesmo com a alta valorização dos terrenos em que se encontram, tais estabelecimentos permaneceram na área e resistiram ao processo de consolidação do caráter funcional metropolitano (instalação de grandes empresas e bancos) deste novo centro.

Acreditamos que este fenômeno possa estar associado ao peso das transformações das relações técnicas e de produção destes serviços, muito mais do que o preço do terreno, preservando ali uma função urbana preexistente. Apresentaremos nos próximos capitulos algumas evidências que apontam para esta nossa interpretação.

Uma importante conclusão que pudemos tirar deste estudo exploratório dos mapas é a que se refere à similaridade de comportamento na distribuição dos equipamentos hospitalares públicos e privados. Tal evidência ganhou um contorno signifi-

cativo para nosso trabalho a partir das correlações entre a tendência de distribuição por classes e a discussão existente sobre políticas de saúde. Será este aspecto dinâmico e contraditório que passaremos a analisar mais atentamente, sem a preocupação, contudo, de reconstituir exaustivamente o conjunto destas políticas, mas apenas de demarcar alguns de seus aspectos significativos.

CAP.3 - TERRITÓRIO E TECNOLOGIA MÉDICA: UMA LEITURA POSSÍVEL?

Buscamos estabelecer a formalização da abordagem territorial do fenômeno em questão "pari passu" à interlocução com os debatedores da inovação tecnológica no setor saúde.

Grande parte dos trabalhos existentes abordavam a problemática reduzindo o significado do termo tecnologia ao conjunto de instrumentos materiais, privilegiando sua função técnica nos processos produtivos. Concordando com GONÇALVES (1986), omitiam o aspecto essencial destes instrumentos:"os nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos (...)", enquanto "forma variável e contraditoriamente adequada de organizar ´internamente´ certas práticas (...) ao mesmo tempo em que forma variável e contraditoriamente adequada de suportar a articulação dessas práticas na totalidade social histórica (...)" (GONÇALVES:1986, p.30-2).

Imbuídos de noções de progresso técnico ou de desenvolvimento tecnológico, desempenhavam o papel, segundo GONÇALVES (1986), de reduzir a produção precisamente a uma função técnica abstrata, pois remetiam ao meramente descritivo do conjunto de meios técnicos da produção, uma representação fetichizada da realidade. É fetichizada porque toma a aparência imediata dos processos produtivos por seu núcleo essencial.

Vejamos alguns exemplos.

FRIEDMANN (1968) considera estas transformações efeitos da Civilização Tecnicista da qual fazemos parte, caracterizada pela transição de um "meio natural" onde predominam as estimulações provenientes da natureza, a um "novo meio", ou "meio técnico", onde os estimulos naturais se rarefazem enquanto que outros se multiplicam, provenientes de elementos fabricados, de máquinas e de uma gama cada vez mais variada de objetos técnicos resultante do processo de industrialização.

Este modo de entender as transformações tecnológicas era e é corroborado na área da saúde por diversos autores. Dentre estes, LANDMANN (1986, p.52) afirma categoricamente que o "cerne do problema está justamente no sistema ocidental da medicina, cada vez mais ligado à sociedade tecnológica (...) A indústria da saúde lidera a crista nesta atividade frenética e o médico envolvido indecentemente nesta atividade transformou-se, sem querer, no mascate de drogas, aparelhos de prótese e ferragens sofisticadas" (grifos nossos).

Tal postura preconiza como freio à tecnologia médica, uma postura de "humanização da medicina" através da simples relação paciente-médico. Não percebe que o universo que estruturou essa tradição médica não existe mais e não possui condições históricas para se reafirmar. Trata-se de um tecnicismo às avessas, que defende um "homem integral e humano" com base numa idealização das práticas sociais e sem ter em conta as realidades determinantes.

Em outro extremo, há aqueles que preconizam ao desenvolvimento tecnológico a panacéia de todos os problemas da morbidade e da terapêutica. É o que expressa a Organização Mundial da Saúde - OMS com o conceito que desenvolveu de tecnologia apropriada. "Quando se trata de atender necessidades específicas, a ciência e a tecnologia que se apliquem devem ser apropriadas no sentido que sejam cientificamente válidas e que resultam aceitáveis tanto para os que hão de aplicá-las, como para aqueles em cujo beneficio hão de aplicar-se (...) é indispensável que a tecnologia guarde relação com a cultura local" (TEJEDOR:1982, p.29).

Tal conceito guarda uma contradição analisada por TEJEDOR (1992): sustenta, por um lado, a doutrina da OMS para mediar as relações internacionais, quando se fala das inovações tecnológicas; porém, ao mesmo tempo, tão pouco tem resultado num freio à invasão de alta tecnologia que os governos dos paises desenvolvidos ou as

multinacionais do setor de equipamentos eletro-eletrônicos realizam no Terceiro Mundo.

Dentro desta tendência, os defensores da utilização de "tecnologia apropriada" partem para a definição de parâmetros de diminuição de custos e da "seleção de tecnologia". Poderíamos perguntar: que forças atuam nesta seleção? quem são os que determinam o seu uso, em quantidade e qualidade? por quais razões e objetivos finais de atenção médica se elege um determinado perfil tecnológico?

Concluímos que tal postura também possui um similar isolamento e mitificação tão irreal como a necessidade de recuperar o "elo perdido" entre médico-paciente. Escamoteia as forças que impulsionam esse extraordinário desenvolvimento técnico que está determinando a atividade médica que no dizer de TEJEDOR (1982, p.33)," tem nomes e endereços certos que se inscrevem nos atos do acréscimo do poder, prestígio e lucro."

TEJEDOR (1982), por sua vez, esforçou-se em quebrar o entendimento isolado da tecnologia, procurando remetê-la às transformações sociais e econômicas. Contudo, seu projeto unitário foi, a nosso ver, abortado ao trazer para o plano da racionalidade a unificação da tecnologia às forças produtivas e às relações sociais que elas determinam.

Baseando-se na obra de JACQUES (1960), interpretou a tecnologia como "a totalidade dos métodos que se chegam racionalmente e que tem uma eficácia absoluta, para um tempo e uma forma de desenvolvimento determinado, em qualquer uma das áreas da atividade comunitária" (grifos nossos) (TEJEDOR:1992, p.22).

Esta tentativa de articulação da tecnologia com a totalidade social foi a grande contribuição do autor, direcionando nossa reflexão para uma abordagem mais ampla e profunda que GONÇALVES (1986) já havia assinalado. Contudo, a noção de

eficiência absoluta nos pôs na alternativa de conduzir racionalmente (sic) as forças produtivas e as relações sociais a elas associadas para maximizar os resultados da tecnologia para com a comunidade.

Uma análise mais apurada de suas articulações nos permitiu afirmar que encontravam-se invertidas. Ao atribuir a esta racionalidade um peso determinante no processo, este autor, retirou com uma mão o que ofereceu com a outra - qual seja, a possibilidade de compreender a inovação tecnológica no contexto histórico que a engendrou.

Para TEJEDOR (1982), é o sujeito cognoscente, no caso um tecnólogo, que imprime/redireciona o movimento do real a partir do seu pensamento, de suas apreciações, de sua racionalidade, enfim.

Evidentemente, não queremos negar com esta crítica que a direção dada a este movimento de inovação tecnológica a que assistimos hoje no setor saúde, possua implicitamente uma certa racionalidade, uma lógica. Contudo, compreendemos esta lógica como fruto de determinantes construídos no devir da história e podemos entendê-la como produto de um momento da sociedade em movimento.

Estes enunciados nos levaram a compreender que a inovação tecnológica, numa sociedade dividida em classes como a nossa, possui comprometimento político cujos fundamentos ideológicos da "neutralidade da tecnologia" não nos permite ver. As transformações da ciência e da técnica, com as consequentes mudanças na produção e nos serviços, estariam associadas às mudanças de ordem econômica, política e social.

No caso em tela, a introdução de equipamentos eletro-eletrônicos na produção de serviços de saúde, aponta para o processo de passagem da produção de mais-valia absoluta e da subsunção formal para o da produção da mais-valia relativa e da sub-

Por sua sorte, os serviços de saúde contribuem à acumulação capitalista adiantando o dinheiro que irá novamente funcionar no ciclo produtivo, agindo como promotores imediatos da circulação de valores, orientando os usuários no sentido de consumir certos produtos, ampliando o mercado de bens de saúde, propiciando uma acumulação em seu próprio setor através das empresas capitalistas de serviços de saúde, e, possibilitando alternativas de investimentos produtivos através da criação de demanda por novas tecnologias[2]. Apesar de ser incapaz de gerar valor e mais-valia, sendo na perspectiva do capital social um dispêndio improdutivo de capital, do ponto de vista particular trata-se de investimento e trabalho produtivo capaz de proporcionar lucro aos empresários que atuam no setor.

Em síntese, a expansão econômica, que tem a difusão tecnológica como uma de suas principais formas, não se realiza sem força política e sugere seu entendimento a partir das imbricações dos determinantes gerais com os condicionantes particulares que tornam maximização do lucro historicamente possível.

Os oligopólios, as corporações multinacionais ou conglomerados monopolizam as funções inovadoras porque estas só influem significativamente no montante de lucro quando operam em grande escala, além de exigirem elevados investimentos iniciais e um alto grau de certeza quanto à estabilidade da demanda do mercado de consumo. A modernização tecnológica tende, deste modo, a criar novas demandas, alargando o espectro deste mercado de serviços.

O desenho da análise, resultante daí, se colocava em dois planos: num primeiro nível, horizontal e, num segundo, vertical.

---

[2] No que se refere ao aprofundamento teórico da natureza da acumulação do capital em termos de serviços de saúde e da natureza do trabalho médico, NOGUEIRA (1979) e GONÇALVES (1979) fornecem um precioso roteiro de análise e leitura dos fenômenos.

No plano horizontal, a análise recairia no modo singular de montagem da base territorial da tecnologia médica. No recorte vertical, procurar-se-ia identificar na estruturação territorial dos serviços de saúde a ponta da cadeia produção-circulação-consumo, sendo possível desvendar as articulações entre o nível institucional que se encontra concretizada no hospital e serviços de saúde com a cidade - lugar da produção e do consumo dos serviços de saúde - e com os processos globais de produção do espaço capitalista.

Pela via do consumo dos equipamentos médico-hospitalares tornou-se possível compreender como estes são produzidos sem necessariamente ir à fábrica que os produziu;consumo considerado enquanto um dos elementos diferenciados no interior de uma unidade que MARX (1983) já havia analisado. É o que este autor diz quando assinala que "é o consumo que realiza plenamente o ato da produção ao dar ao produto o seu caráter acabado de produto, ao dissolvê-lo consumindo a forma objetiva que ele reveste (...); ele não é somente o último ato pelo qual o produto se torna realmente produto, mas ato pelo qual o produtor se torna realmente produtor". (MARX:1983, p.209) Perder isto de vista, era tornar o processo produtivo particular em estudo uma mera abstração.

Assim, passamos a considerar que os arranjos e rearranjos do território da atenção médica não se sucedem, meramente. Correspondem e fundamentam, como já propunha Donnangelo (1976) para o seu estudo sobre medicina comunitária, "modalidades de articulação entre o trabalho médico, seu objeto, seus produtos e a forma de seu consumo" (DONNANGELO:[s.d.], p.18). Sua "organicidade, portanto, não se encontra dada ´a priori´, mas deve ser continuamente recomposta pela manipulação das contradições que a permeiam" (DONNANGELO:[s.d.], p.14).

Conforme o locus do trabalho, quer seja fundamentalmente na instituição hospitalar, quer seja deslocando-se para o consultório de uma clínica ou unidade básica de saúde, redefine-se o estatuto de enfermo na sociedade e das bases de organização de todos os elementos do processo de produção dos serviços, conforme nos diz RIBEIRO (1993, p.51)[3].

Vários são os estudos que consideram este processo[4]. Dentre estes, BRAGA (1978) examinou atentamente as formas de financiamento da medicina previdenciária, a natureza e as formas de intervenção do Estado, a estrutura e a dinâmica do setor saúde, estabelecendo as relações entre a política de saúde e política econômica no interior do desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Acreditamos que seu trabalho oferece suporte para demonstrar o enquadramento, neste processo social mais amplo, da crescente tecnificação do ato médico e o assalariamento que acompanham este rearranjo territorial da atenção médica no Brasil e, em particular, no município de São Paulo.

Este autor é suficientemente claro ao demonstrar que estas tendências por nós mapeadas no município de São Paulo até meados dos anos 60 traduzem uma tendência nacional de política de saúde. Neste período, não se verificava nenhuma expansão significativa da assistência médica individual e o setor privado marcava sua presença, principalmente, na assistência hospitalar geral mantida pela iniciativa da comunidade (hospitais sem fins lucrativos) ou pelas iniciativas com fins lucrativos.

---

[3] RIBEIRO (1993), ao resgatar o papel do hospital contemporâneo, o faz em contraposição ao espaço dos consultórios. Para ele, cabe ao hospital coibir a dor, o sofrimento e a morte por meio do saber e da experiência de suas "equipes de tecnólogos". Ao exercer esta tarefa, constitui-se num aparelho formador de profissionais em permanente qualificação. Qualificando técnicos, simultaneamente qualifica e avaliza tecnologias. O hospital é lugar de venda e consumo de tecnologias médicas. O paciente de consultório, por sua vez, na maioria dos casos, não permite diagnósticos de certeza, mas, quando muito, de suspeitas. Os resultados de exames de apoio diagnóstico servem mais para infirmar que afimar suspeitas. A intervenção técnica do médico reside no alívio da situação de desconforto; mantendo-se o direito do paciente de aceitar ou não o tratamento e a prescrição. (RIBEIRO:1993, pp.30-2).

[4] Para ficarmos apenas em algumas obras já mencionadas neste trabalho: GENTILE DE MELO (1979), POSSAS (1981), OLIVEIRA (1983), CORDEIRO (1984), OLIVEIRA E TEIXEIRA (1986), JACOBE (1985).

Mapeando a tendência de distribuição dos equipamentos hospitalares com registro até 1962, constatamos que em termos gerais reproduz-se, desde aquela época, o mesmo padrão territorial observado no mapa da figura 6: centro médio na Avenida Paulista e Centro Médio ponderado na Av. Doutor Arnaldo (vide Figura 7).

A diferença básica e significativa, em termos de tendência, que merece destaque está no alto grau de concentração dos estabelecimentos e oferta de leitos nas proximidades deste centro, mensurado em termos da distância padrão e distância padrão ponderada.

Considerando a distribuição das unidades por tipo de estabelecimento e porte, verificamos que 53,7% destes hospitais são privados lucrativos e 54,7% de grande porte e porte extra (tabelas 3 e 4). Apenas uma unidade hospitalar pública apresentava registro neste período.

Contudo, é bom lembrar que os dados apresentados referem-se às unidades hospitalares com registro na extinta Coordenadoria de Administração Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo com registro até 1962, mas que estão em funcionamento até hoje. Por este motivo, a nossa análise não permitiu mensurar quantos estabelecimentos a mais existiam na época e que deixaram de funcionar ao longo do tempo. Justamente por isto, consideramos que não é por acaso que esta base tecnológica seja formada em sua maioria pelos hospitais de grande porte e com fins lucrativos, mais estruturadas do ponto de vista técnico e administrativo para fazer frente às inovações tecnológicas do setor.

FIGURA 7

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
ATÉ 1962
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAÍBA
OSASCO
FERRAZ DE VASCONCELOS
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
HOSPITAIS PRIVADOS
HOSPITAIS PUBLICOS
CENTRO MÉDIO
CENTRO MÉDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
ESCALA APROXIMADA
FONTE
DES : FLORA H. SATO

TABELA 3 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Tipos de hospitais com registro até 1962

TIPOS	%
PÚBLICO	1,9
PRIVADO Ñ LUCRATIVO	44,4
PRIVADO LUCRATIVO	53,7
TOTAL	100,0

FONTE: CAH/SES - 1986

TABELA 4 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Porte hospitalar até 1962

PORTE	%
PEQUENO	18,0
MÉDIO	28,3
GRANDE	48,1
EXTRA	6,6
TOTAL	100,0

FONTE: CAH/SES - 1986

A Saúde Pública, por outro lado, ainda que ampliasse seu alcance do atendimento e controle das práticas de saúde, encontrava-se praticamente ausente da assistência médica-hospitalar e nunca esteve entre as prioridades de gastos governamentais, mesmo a partir de 1953, com a criação do Ministério da Saúde, conforme aponta o referido trabalho de BRAGA (1978)[5].

Como têm sido considerados pelos estudiosos das políticas de saúde os anos 60 apresentaram para o Brasil alguns fatos marcantes: agudização da crise econômico-financeira do sistema previdenciário, a proliferação de um grande número de escolas médicas e sinais evidentes de privatização e mercantilização da prática médica.

Estas mudanças caracterizaram-se nitidamente, em termos territoriais, pelo processo do "transbordar do hospital pela cidade", objeto de reflexão do nosso estudo.

Nestes termos, é a partir do período de 1963/1968 que estas mudanças fizeram-se sentir no reordenamento territorial da atenção médica no município de São Paulo. É assim que no mapa da figura 8 observamos o deslocamento do centro gravitacional dos hospitais para a Avenida 9 de Julho. 57,89% dos estabelecimentos registrados neste período são privados com fins lucrativos, dos quais 56,25% são de porte médio. Não há no período nenhum registro de hospital público e a dimensão da distância padrão ponderada evidencia um forte movimento de expansão da oferta de leitos pelo território da cidade (particularmente, cria-se um novo corredor hospitalar no eixo Av. Santo Amaro/Av.Ibirapuera).

---

[5] Em 1930 é criado o Ministério de Educação e Saúde, tendo o seu Departamento Nacional de Saúde e Assistência médico-social coordenando serviços especiais de combate à tuberculose, à lepra, hospitais, laboratórios, centros de saúde das cidades maiores e postos de higiene da área rural. Este processo de centralização tem prosseguimento com a criação do primeiro serviço de saúde pública de alcance nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937. Segundo BRAGA(1978), o Departamento Nacional de Saúde também incorpora o Departamento Nacional da criança (1940), Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Federal de Bioestatística, Serviço Federal de Biometria Médica e o Curso de Saúde Pública.

Neste período, processou-se a expansão da assistência médica previdenciária em outras bases organizacionais através da unificação dos IAPS em 1966 numa grande estrutura burocrática - o Instituto Nacional da Previdência Social - INPS. Este Instituto centralizou o controle financeiro no nível federal, privilegiando o repasse dos recursos para a iniciativa privada através de contratos e convênios. Ao mesmo tempo, ocorreu o avanço da indústria farmacêutica e crescimento das importações brasileiras de equipamentos médicos (BRAGA:1978, p.52).

Tais tendências vão amoldando na tessitura política do Estado o sustento da formação e desenvolvimento de empresas e serviços vinculados às práticas médicas mais tecnificadas. Observa-se, por exemplo, que é também desse período, a criação do seguro-saúde no Brasil (novembro de 1966), integrando o Sistema Nacional de Seguros Privados.

A saúde pública restringia-se praticamente às campanhas sanitárias e às práticas e medidas de caráter preventivo do programa de saúde materno-infantil.

O período de 1969/1974 manteve as tendências identificadas no período anterior: predomínio do hospital privado com fins lucrativos e de porte médio, com forte tendência à dispersão dos leitos pelo território. É o que nos indicam os dados do mapa da figura 9 e das tabelas 5 e 6 abaixo.

FIGURA 8

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
1963 - 1968
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAIBA
OSASCO
FERRAZ DE VASCONCEL
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
HOSPITAIS PRIVADOS
HOSPITAIS PÚBLICOS
CENTRO MEDIO
CENTRO MEDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
ESCALA APROXIMADA
FONTE

As diferenças neste período se manifestam com a chegada de registros de hospitais públicos, o que vem provocar o crescimento relativo dos hospitais de grande porte. Cabe também destacar o forte incremento do número de hospitais de pequeno porque que passaram de 10,53% do total de hospitais do período anterior para 18,75%. Esta expansão dos hospitais de pequeno porte vieram reforçar as tendências identificadas de privilegiamento dos serviços privados.

TABELA 5 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Tipos de hospitais - período de 63/68 e 69/74

TIPO	% em 1963/1968	% em 1969/1974
PÚBLICO	-	6,25
PRIV. LUCRAT.	84,21	81,25
PRIV. Ñ LUCRAT.	15,79	12,50
TOTAL	100,00	100,00

FONTE:CAH/SES - 1986

FIGURA 9

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
1969-1974
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAÍBA
FERRAZ VASCONC
OSASCO
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
HOSPITAIS PRIVADOS
HOSPITAIS PÚBLICOS
CENTRO MÉDIO
CENTRO MÉDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
N
ESCALA APROXIMADA
0 1 2 3 4 5 KM
FONTE
ORG : RAUL B. GUIMARÃES
DES : FLORA H. SATO

TABELA 6 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Porte hospitalar - periodo de 63/68 e 69/74

PORTE	% em 1963/1968	% em 1969/1974
PEQUENO	10,53	18,75
MÉDIO	57,89	53,75
GRANDE	31,58	37,50
EXTRA	-	-
TOTAL	100,00	100,00

FONTE:CAH/SES - 1986

Ao término deste período, a análise da situação do gasto público em saúde mostrava, segundo BARAT (1973): uma redução da participação relativa das despesas realizadas pela União no Programa de Saúde, comparada a outros programas de governo, o desempenho crescente do INPS no âmbito da função saúde acompanhada de uma redução da participação nas despesas do setor por parte do Ministério da Saúde. Tal comportamento acentuou-se ao longo da década de 1970, configurando-se um perfil de gasto centrado em programas médico-hospitalares, prioritariamente de níveis secundário e terciário.

A atuação do Estado cada vez mais, através do INPS, sustentava uma demanda relacionada a uma área de acumulação do capital (constituída pela rede prestadora de serviços médicos e indústria farmacêutica e de equipamentos médicos), criando mecanismos para uma espécie de financiamento ao consumo.

Desta forma, as tendências identificadas nos mapas das figuras 8 e 9 inserem-se num movimento mais amplo de transformações da produção material e do conhecimento, da formação de mão-de-obra e de modalidades de organização da atenção médica no processo de produção de serviços de saúde. É o que BRAGA (1978) denomina, no âmbito das unidades de serviço quanto ao uso do hospital, como uma "plataforma técnica" essencial para a dinâmica da atenção médica, articulada com a rede laboratorial e todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica.

Uma vez consolidada esta base técnico-econômica, como base de acumulação de capital, o fenômeno predominante nos anos 70 foi o de estender este espaço da acumulação à assistência médica ambulatorial.

Em 1975 as consultas realizadas na rede ambulatorial conveniada cresceram 230,9% e os serviços de apoio diagnóstico (raios x, complementares, etc) cresceram 71,6% (BRAGA:1978, p.123). Concomitantemente, o dispêndio hospitalar no total do programa saúde do INPS passou de 67,0% em 1969 para 56,1% em 1976.

Estes dados parecem comprovar "a explosão do serviço ambulatorial realizado por terceiros,e especialmente centrada nos serviços diversos associados às transformações técnicas do processo de diagnóstico e terapêutica"(BRAGA:1978, p.121), como o novo segmento dinâmico da lucratividade e faturamento da rede privada.

O registro no cadastro de Assistência Médica Ambulatorial da extinta Coodenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo revela claramente esta nova tendência: em relação ao período anterior (1963/1964) houve um incremento de registros da ordem de 112%, sendo que deste total, 59,75% são de entidades do setor privado com fins lucrativos. Nos anos 60, a maioria destes serviços de assistência médica ambulatorial com registro neste órgão eram de entidades mantenedoras patronais (assistência médica das empresas).

Este movimento de expansão do capital em serviços de saúde e sua incorporação na política estatal foi de tal ordem que em 1975 foi criado um mecanismo financeiro destinado a manutenção das taxas de investimento das empresas médicas - o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, FAS. A análise dos cadastros do FAS revelou que 90% dos projetos provêm de clínicas e hospitais privados, conforme nos diz BRAGA (1978, p.137). Tais empresas, para enfrentarem os custos deste financiamento e manterem uma margem de lucro, atrelaram-se à demanda gerada pelo INPS como forma de financiamento de seus consumidores.

Juntamente com o FAS, outras medidas de privilégio do setor privado são deste mesmo período, tais como: a institucionalização dos Convênio-empresa e o chamado Plano de Pronta Ação (PPA).

No Convênio-Empresa, a Previdência Social devolve às empresas uma parcela dos recursos por elas recolhidos dos encargos sociais. Em contrapartida, estas empresas prestam assistência médica a seus trabalhadores diretamente ou pela contratação de empresas médicas privadas. A chamada "Medicina de Grupo" encontrou neste mecanismo de custeio sua principal base de desenvolvimento no Brasil.

Já o Plano de Pronta Ação ocasionou uma extraordinária expansão do consumo de serviços, à medida que implicou numa liberação do atendimento, sem restrições, por parte dos prestadores de serviços privados, a toda e qualquer ocorrência que exigisse atendimento imediato.

Contraditoriamente, ao mesmo tempo que estão em andamento estas medidas altamente estimuladoras do crescimento da prática privada e empresarial da medicina, a partir de 1974, verificam-se inovações na política de saúde no Brasil enquanto questão da politica social do Estado. Esta nova política emerge no contexto de

uma grave crise econômico-financeira do país que deteriora ainda mais as condições de saúde da população.

Em termos de organização dos serviços de saúde, dá-se continuidade à expansão e consolidação da assistência médica individualizada como modalidade predominante no setor saúde. Contudo, ampliam-se os programas e o campo de ação do Ministério da Saúde, estimulando-se a assistência médico-sanitária e as ações de saneamento básico e do meio ambiente sob responsabilidade da rede pública de serviços. Trata-se de uma tentativa de rearticulação da participação do poder público no setor, sentida pela expansão financeira dos gastos do Ministério da Saúde, face à baixa eficiência da assistência, altos custos e baixa cobertura dos serviços.

Ainda que os limites desse trabalho não permitam avançar numa análise deste jogo contraditório no interior da política de Estado, lembramos, entretanto, que a partir da segunda metade da década de 70 ocorreu não somente um agravamento da crise, mas dentro de um quadro geral dos movimentos sociais, os relacionados à saúde compunham uma correlação de forças sociais contrárias às políticas de saúde privatizantes. A desconsideração desse aspecto "conduziria a avaliações inadequadas quanto aos possíveis desdobramentos da pressão exercida por diferentes alternativas concretas em jogo com vistas a influenciar as sucessivas medidas de política sanitária. Sem perder de vista este aspecto dinâmico da realidade é que pudemos compreender as formas pelas quais foram se desenvolvendo a política de saúde, considerando recuos e rupturas aparentemente repentinas de práticas já em desenvolvimento" (DONNANGELO:[s.d.], p.21).

Tais aspectos dizem respeito a tendências de enfraquecimento de mecanismos impositivos a partir do nível central e de valorização ou recuperação do poder de intervenção dos níveis regionais e locais. Estas tendências transparecem nas diretrizes

progressivamente elaboradas sobre Regionalização, Hierarquização e Participação Comunitária, expressas nos documentos da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975 e na própria lei que passa a estruturar o Sistema Nacional de Saúde, do mesmo ano.

Apesar de não ser possível deduzir do texto mais do que ele próprio diz, "a proposta de organização do Sistema Nacional de Saúde expressava a nível formal o caráter contraditório dos interesses da medicina curativa/preventiva e das ações coletivas/médico-assistencial individualizado. (...) Estávamos diante, neste período, de um novo discurso oficial na área da saúde.(...) No conjunto de suas proposições, a extensão da cobertura passava a ser a palavra de ordem, aparecendo atrelada à questões de racionalização do uso dos recursos humanos e financeiros, adequação dos recursos humanos à realidade local e a simplificação tecnológica." (DONNANGELO:[s.d.], p.23).

Nesse sentido, abria-se espaço para o debate e formulação de políticas alternativas ao modelo de atenção dominante, com enfoque na integração da rede de serviços, segundo princípios de hierarquização e regionalização. Criavam-se condições objetivas de maior ênfase na atenção primária e no fortalecimento do setor público.

O mapeamento dos estabelecimentos hospitalares do município de São Paulo com registro efetuado neste período é bastante elucidativo (vide figura 10).

FIGURA 10

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
1975 - 1978
MAIRIPORÃ
SANTANA DE PARNAIBA
GUARULHOS
OSASCO
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
HOSPITAIS PRIVADOS
HOSPITAIS PUBLICOS
CENTRO MEDIO
CENTRO MEDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
N
ESCALA APROXIMA
0 1 2 3 4
FONTE
CIS / SES - 1986
CEPI / SMS - 1992

Observa-se, pela primeira vez, uma presença marcante do setor público. É também o período em que a distância padrão ponderada apresentou sua maior amplitude, apontando para a tendência de extensão da cobertura através de uma forte dispersão dos leitos hospitalares em relação ao centro de gravidade do território da atenção médico-hospitalar.

Os hospitais privados também seguem esta tendência, demonstrando seu caráter de complementaridade com as ações do poder público.

Por outro lado, no que se refere a este aspecto, o da delimitação do centro de gravidade, a localização do centro médio e centro médio ponderado demonstram que nada de novo ocorreu em relação ao padrão geral já assinalado anteriormente.

Os efeitos do crescimento excessivo da oferta de serviços, que ocorreu sem um controle eficaz da Previdência, fizeram-se sentir já a partir de 1977: em dez anos, o nível real de gasto da assistência médica promovida pelo INPS havia se elevado em 437% (BRAGA:1978, p.91). "Este 'boom', dentro de um movimento já fortemente expansivo, revelava, num de seus aspectos, a permanente existência de uma demanda insatisfeita, extremamente elástica, mas também uma ativa acumulação de capital na rede privada, cujas taxas de lucro e de investimento requeriam respaldo estatal, via elevação dos dispêndios do INPS" (BRAGA:1978, p.91).

É neste contexto que se implanta no Brasil o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, na tentativa de reorganizar o sistema previdenciário e conter o gasto com a medicina previdenciária. No interior do SINPAS, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS, encarregado da gestão de todos os serviços médicos mantidos pela previdência. Este controle é realizado através do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares, com

vistas a conter o violento crescimento dos custos dos serviços contratados e credenciados da rede privada.

Com a recessão econômica dos anos 80 e o consequente aumento do desemprego e redução da receita previdenciária, as preocupações em conter e controlar mais eficazmente a prestação da assistência médica individualizada colocam-se de forma mais aguda. Observa-se, por outro lado, o aumento da pressão de camadas populares por melhorias nas suas condições de vida em geral, e de saúde em particular.

A crise do sistema previdenciário é oficialmente reconhecida em 1981, com o aumento das alíquotas das contribuições. Neste mesmo ano, é criado o Conselho consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, com a finalidade de estudar alternativas para a prestação de assistência à saúde previdenciária. Dentre estas, se inserem as Ações Integradas de Saúde - AIS, que se materializaram em termos de convênios interinstitucionais entre INAMPS/MPAS e as Secretarias Estaduais de Saúde.

A tendência que se desenhava era de integração e regionalização dos serviços públicos e privados de saúde, dando prioridade às ações primárias e da assistência ambulatorial em saúde. Passava-se também a reconhecer a participação complementar dos serviços privados no sistema.

A redução das tarifas de custeio e o estabelecimento de mecanismos eficazes de controle de pagamento dos serviços prestados por empresas contratadas e conveniadas provocaram um novo arranjo no perfil da oferta destes serviços: a tendência era de concentração no setor privado e de expansão da rede pública. Como efeito disto, as internações previdenciárias nos hospitais privados passaram a apresentar índices descendentes nos anos 80, conforme analisa RIBEIRO (1993).

Ao lado de um intenso confronto ideológico em torno da questão privatização/estatização dos serviços, o pano de fundo deste processo era de uma crescente

deterioração nas relações entre hospitais privados e INAMPS. Contudo, apesar da prioridade dos recursos públicos a partir do plano CONASP ser destinado para os hospitais e ambulatórios próprios e para as Santas Casas, o INAMPS continuava a receber centenas de pedidos de credenciamento dos hospitais particulares. Isto não ocorreria se o convênio não fosse lucrativo para estas empresas ou o seu principal mecanismo de sobrevivência[6].

Não por coincidência, o mapeamento dos hospitais deste período aponta uma tendência de maior concentração dos estabelecimentos e do número de leitos nas proximidades do centro de gravidade deste território: os arredores da Avenida Paulista. Esta tendência só havia sido identificada anteriormente, com os dados de registro de hospitais efetuados até 1962. (Vide Figura 11)

Por outro lado, é um momento de acentuada expansão da rede básica e ambulatorial, conforme nos indica o Cadastro de unidades do CIS (1992). Considerando a rede básica e ambulatorial existente no período anterior, houve um incremento de 112% entre 1975/1983.

A comparação do cadastro hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde de 1992 com os dados do Anuário Estatístico do Estado de São Paulo de 1984 (tabela 7) situou o perfil da oferta de serviços no município de São Paulo pós 1985.

---

[6] O levantamento realizado em arquivos de jornais nos revelou um intenso debate em torno desta questão. Particularmente, ver artigos da Folha de São Paulo, O Estado de São Paulo e Gazeta Mercantil entre 1988 e 1992, indicados nas referências bibliográficas.

FIGURA 11

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
1979-1983
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAIBA
OSASCO
FERRAZ VASCONCE
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
HOSPITAIS PRIVADOS
HOSPITAIS PUBLICOS
CENTRO MEDIO
CENTRO MEDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
ESCALA APROXIMADA
FONTE
DES : FLORA H. SATO

TABELA 7- MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 1984 E 1992

LEITOS OPERACIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

TIPO	n.de estabelecimentos				n.de leitos operacionais			
	1984		1992		1984		1992	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
FEDERAL	7	4,5	7	5,1	1821	6,0	2020	7,6
ESTADUAL	11	7,3	11	8,1	5105	16,9	4721	17,8
MUNICIPAL	8	5,3	13	9,6	1568	5,2	1560	5,9
SUB-TOTAL	26	17,1	31	22,8	8494	28,1	8301	31,3
PRIVADO LUCRATIVO	81	53,3	73	53,7	10578	35,0	10560	39,9
PRIVADO SEM FIM LUCRATIVO	45	29,6	32	23,5	11174	36,9	7622	28,8
SUB-TOTAL	126	82,9	105	77,2	21752	71,9	18182	68,7
TOTAL	152	100,0	136	100,0	30246	100,0	26483	100,0

Fontes: Cis/Ses - Cadastro Hospitalar - Agosto de 1992
Fseade - Anuário Estatístico do Estado de São Paulo - 1985

Verificamos na análise destes dados, uma queda da participação do setor privado na oferta de serviços hospitalares, particularmente dos estabelecimentos considerados sem fins lucrativos. Observamos também um crescimento da participação do poder municipal na oferta destes serviços, ainda que não tenha implicado em alteração no número de leitos[7].

O estudo realizado por FATHEAZAM (1992) sobre a situação econômico-financeira do setor hospitalar em São Paulo é bastante elucidativo quanto a este aspecto. Baseado num levantamento, entre os anos de 1987 a 1990, da rentabilidade do capital e dos demais indicadores de dois grupos de hospitais divididos por número de leitos, a análise mostra: os hospitais maiores (150-300 leitos) exibiam uma capacidade maior de liquidez do que os hospitais de menor porte,e, portanto, uma capacidade maior de resistir às crises econômicas. Os dados referentes à margem operacional (nível de caixa que a empresa tem disponível para saldar os seus compromissos financeiros) indicam que os hospitais maiores obtiveram melhores resultados: recuperação de 10% contra 4% negativos dos hospitais menores. Estas baixas margens operacionais são ocasionadas pelos custos elevados dos insumos, em alguns casos, com forte controle monopólico impedindo preços competitivos, e, também, o alto custo da mão-de-obra especializada.

Este autor atribui vários motivos para uma maior capacidade de rentabilidade dos hospitais maiores. Dentre estes, destacamos a lotação de leitos como uma forte correlação com o grau de retorno dos investimentos e a existência de convênios próprios e manutenção de uma maior rede de associados. Cabe destacar também que estes grandes hospitais cada vez mais oferecem uma maior oferta de serviços nas diferentes mo-

[7] Ao contrário disto, de 1984 para 1990 houve uma queda neste número de leitos: 3,2 leitos por mil habitantes para 2,44 leitos por mil habitantes.

dalidades de serviços, tendendo a ampliar seus centros de apoio diagnóstico através da incorporação de equipamentos de ponta e recebendo um maior fluxo de pacientes. Tal tendência tem representado uma maior captação de receitas através da aplicação de capital disponível em outras empresas e atividades controladas por estes grupos.

Coube ao poder municipal a tarefa de expandir o acesso aos serviços de saúde para maiores parcelas da população, fundamentalmente a partir da gestão na prefeitura de São Paulo entre 1989 e 1992. Tendo o setor saúde a maior dotação orçamentária da prefeitura pela primeira vez na história do município, a administração da prefeita Luiza Erundina possibilitou a abertura de mais de 900 leitos, 6 novos hospitais, 4 prontos-socorros, diversas unidades de saúde e ambulatórios, vários serviços especializados, aumento significativo do número de ambulâncias, contratação de pessoal e compra de tomógrafos, aparelhos de ultra-sonografia, raio x, raio x portáteis, entre outros.

O resultado desta política se fez sentir na base territorial dos serviços de saúde. No mapa da figura 12, foram localizados os hospitais com registro efetuado na Secretaria de Estado da Saúde após 1985. Ao analisarmos a tendência de distribuição destes hospitais pela cidade, verificamos que pela primeira vez, nesta série histórica, o centro médio deslocou-se efetivamente da Avenida Paulista. Este movimento se deu em direção à Zona Leste, entre a Avenida Celso Garcia e Radial Leste. Considerando-se a distância média ponderada, observamos também a forte tendência de dispersão destes leitos para a periferia em contraposição à localização do centro médio ponderado na área central da cidade.

FIGURA 12

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAIS GERAIS
PÓS 1985
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAIBA
FERRAZ VASCONCE
OSASCO
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
HOSPITAIS PRIVADOS
HOSPITAIS PUBLICOS
CENTRO MEDIO
CENTRO MEDIO PONDERADO
DISTÂNCIA PADRÃO
DISTÂNCIA PADRÃO PONDERADA
N
ESCALA APROXIMADA
0 1 2 3 4 5 km
FONTE
CIS / SES - 1986
CEPI / SMS - 1992

Existiam no município de São Paulo, em agosto de 1992, 136 hospitais gerais em funcionamento com um total de 26483 leitos operacionais, conforme o cadastro hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde[8].

Além disso, foram reformadas ou ampliadas 175 unidades de saúde e criados serviços destinados a grupos que anteriormente não eram contemplados pela política de saúde: centros de convivência e cooperativa, centros de referência em saúde do trabalhador, hospitais-dia, centros de orientação e aconselhamento em AIDS, entre outros[9].

A rede básica de saúde pública também era constituída, naquele mesmo ano, de unidades básicas de saúde (UBS), prontos socorros, unidades de especialidades e o centro de zoonoses. Estes equipamentos de saúde encontravam-se distribuídos, conforme a tabela 8.

Os demais equipamentos de saúde eram constituídos por estabelecimentos de assistência médica ambulatorial privados e serviços de apoio diagnóstico, além dos equipamentos de saúde mental.

A assistência médica ambulatorial privada contava com 128 estabelecimentos, sendo que 92% destes eram conveniados com o INAMPS. Havia 261 estabelecimentos de serviços de apoio diagnóstico, apenas 3,8% públicos (4 laboratórios sob comando municipal e 6 sob comando estadual).

---

[8] A consulta a esta fonte trouxe como vantagem o seu nível de desagregação - a unidade de serviço por estabelecimento, com número de leitos operacionais. Trata-se de um dado mais próximo do real funcionament do hospital.

[9] Hospitais-dia de saúde mental são unidades de atenção ao paciente psiquiátrico que favorecem o convívio familiar, já que o paciente passa o dia todo no Hospital-dia e volta para sua casa à noite. Os centros de convivência e cooperativa são espaços criados em parques municipais e centros esportivos onde são desenvolvidas oficinas de arte e lazer para doentes mentais, idosos, deficientes, meninos e meninas de rua e donas-de-casa. Os centros de referência em saúde do trabalhador são unidades prestadoras de serviços a portadores de doenças do trabalho e realizam vistorias das condições de trabalho em fábricas e empresas. Nos centros de orientação e aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis e AIDS são distribuídos, gratuitamente, preservativos, realizados testes de HIV e orientações.

TABELA 8- MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 1992

REDE BÁSICA DE SAÚDE PÚBLICA

EQUIPAMENTOS	COMANDO MUNCIPAL (número de unidades)	COMANDO ESTADUAL (número de unidades)
Unidades básicas de saúde	170	200
Prontos socorros	17	2
Ambulatórios de especialidades	48	16
Centros de referência saúde do trabalhador	5	-
Centros de convivência e cooperativas	13	-
Centro de zoognoses	1	-

FONTE: CIS/SES - AGOSTO DE 1992

Tendo em vista estes dados, pudemos concluir que o setor privado com fins lucrativos, ainda que apresentando tendência à diminuição de sua participação no sistema, dominava a oferta de serviços hospitalares no município de São Paulo (53,7%) em 1992, seguido da oferta de serviços dos hospitais privados sem fins lucrativos[10]. Estes últimos apresentavam maior número de unidades de grande porte, o que explicava o seu melhor posicionamento em termos de oferta de leitos em comparação a sua oferta de número de estabelecimentos.

[10] Conquanto ainda se declarem como entidades comunitárias, assistenciais e sem finalidade lucrativa, o assalariamento dos médicos e o estabelecimento de vinculos com a Previdência Social nos indicaria um caminho para melhor compreender a inserção de instituições desta natureza no processo de valorização no setor saúde. Até que ponto seu perfil se aproxima de um caráter público de instituição?

No que se refere à oferta de assistência médica ambulatorial, as unidades básicas de saúde, prontos socorros e ambulatórios de especialidades públicos abarcavam 79,3% da oferta no município, ficando o setor privado com 20,7%.

Chamou-nos também a atenção a quantidade expressiva de clínicas privadas conveniadas com o INAMPS (92% delas) e os serviços de apoio diagnóstico sob o controle privado (96,2%).

Trata-se, sem dúvida, de serviços que aumentam o espectro das atividades desenvolvidas subsumidas à realização do valor no setor mercantil da sociedade, quer seja através da proliferação de atos médicos pagos pelo INAMPS por unidades de serviço, quer seja através da agregação de valor à força de trabalho através das inovações tecnológicas dos serviços de apoio diagnóstico. Dois mecanismos, enfim, que garantem a realização do processo de valorização e de participação dos proprietários destes estabelecimentos na mais-valia social, conforme já nos apontou NOGUEIRA anteriormente.

Empregando o mesmo tratamento estatístico realizado para os hospitais, definimos o centro médio e distância padrão destes estabelecimentos. Os resultados obtidos podem ser observados no mapa da figura 13. Uma possível distorção da acentuada distância padrão dos serviços de apoio diagnóstico acreditamos estar associada à não discriminação dos postos de coleta espalhados pela cidade e das unidades laboratoriais nos dados disponíveis.

Assim como nos hospitais, a base territorial dos serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico tem como centro gravitacional a Avenida Paulista.

Em vista de tal resultado, que relações existiriam entre estas diferentes modalidades de serviço? Não estaríamos diante de uma mesma base tecnológica? Em

que medida a tecnologia médica produz o espaço da saúde? É o que procuraremos ver a seguir.

O que nos importa, por ora, é que a inovação tecnológica passou a ser analisada levando-se em conta as relações de classe, as alterações na divisão social do trabalho, os diferentes graus de acesso aos serviços e a organização dos diversos fluxos, sob os quais é posta em funcionamento.

Aos poucos, a tecnologia passou a ser entendida de forma ampla, como expressão concreta do grau de desenvolvimento das forças produtivas, constituindo-se no desenvolvimento da maquinaria e outras modificações do processo de trabalho. Passou a expressar, em outros termos, relações entre homens e objetos de trabalho - relações de produção historicamente determinadas.

Sendo a tecnologia a expressão concreta, historicamente determinada, do grau de desenvolvimento das forças produtivas capitalistas, passamos a apreender o seu território como um dos seus elementos constitutivos. Pelas redes e fluxos que gera, passamos a ler o cenário da inovação tecnológica do setor saúde pelo seu território. A partir destas considerações, buscamos apreender o território e o modo de se territorializar tais inovações, em si mesmos, como uma tecnologia.

FIGURA 13

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SERVIÇOS DE APOIO DIAGNOSTICO E
ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAIBA
OSASCO
COTIA
TABOÃO DA SERRA
EMBU
ITAPECERICA DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
DIADEMA
LEGENDA
CENTRO MÉDIO - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO
CENTRO MÉDIO - ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
DISTÂNCIA PADRÃO - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO
DISTÂNCIA PADRÃO - ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
N
ESCALA APROXIM
0 1 2 3
FONTE
CIS / SES - 1986
CEPI / SMS - 1992
ORG : RAUL B. GUI
DES : FLORA H. SA

A leitura dos serviços de saúde via a base territorial nos orientou para a análise das condições locais e das características espaciais resultantes do processo de inovação tecnológica. Privilegiou também o entendimento da tecnologia em saúde como produto ou resultante das estruturas sociais concretas e como um fator capaz de produzir, reproduzir e de alterar essas mesmas estruturas.

Por sua vez, analisando os dados estatísticos disponíveis, verificamos que o padrão de distribuição dos equipamentos de saúde do município de São Paulo não foge à regra brasileira e se reproduz nas mais diversas escalas das unidades de coleta de dados (macro-regiões do IBGE, unidades da Federação, regiões metropolitanas, micro-regiões, municípios, etc)[1] . Sentíamos, por outro lado, que não dispúnhamos de uma visibilidade suficiente do fenômeno para darmos continuidade à nossas investigações, caso não fosse possível penetrarmos mais profundamente na riqueza de seu conteúdo, de suas contradições e conexões internas.

Procuramos, como porta de entrada a estas indagações, buscar respostas às questões que a superposição dos mapas do território da tecnologia médica nos trazia. Organizamos uma visita a um hospital privado de grande porte dos arredores da Av.Paulista e procuramos levantar dados a respeito de quais eram e onde se localizavam os serviços de terceiros de que este hospital fazia uso. Interessava-nos obter informações da ocorrência de prestação de serviços deste hospital para terceiros e em que circuntâncias poderíamos identificar tais ocorrências.

O hospital escolhido foi fundado através do levantamento de recursos e doações da comunidade e sem qualquer ajuda financeira governamental. Como diversas outras casas de saúde criadas nestes moldes no município de São Paulo, teve uma origem marcada por restrições dos saldos negativos de seus balanços anuais. Através de tabelas especiais com redução nos preços das diárias e com o gradativo aumento do nú-

---

[1] O mesmo podemos dizer para o CIS, anuários estatísticos do IBGE e em alguns estudos específicos como de BRAGA (1988) e RIBEIRO (1993). O município de São Paulo destaca-se, todavia, em termos do volume de atividades desenvolvidas e número de estabelecimentos, no conjunto de municípios brasileiros (50,2% dos estabelecimentos sem internação, 57% das consultas no ano de 1990), assim como o Rio de Janeiro (40% dos estabelecimentos sem internação, 29% das consultas no ano) e Salvador (58% dos estabelecimentos sem internação, 56% das consultas no ano), conforme IBGE (1990).

mero de não pagantes, atraiu numerosas entidades e sociedades beneficentes que se valeram de seus serviços.

Dada esta natureza dos serviços prestados, a mantenedora do hospital procurou meios para promover as atividades necessárias ao seu bom funcionamento, mas garantindo baixos riscos de investimento. Dentre estes meios, a terceirização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ganhou expressão nos anos 60.

Não raras vezes, o corpo clínico de diversas especialidades assumiu dívidas e financiamentos de equipamentos em nome do hospital, beneficiando-se de subsídios e linhas de crédito existentes para estas entidades. Em contrapartida, dependendo de cada caso poderia ocorrer algum tipo de divisão dos ganhos entre as partes.

Este modelo de organização dos serviços prestados pelo hospital praticamente se manteve até 1986. Os rumos do hospital ficavam entregues ao corpo clínico, à equipe de enfermagem e ao corpo de voluntários.

As transformações que foram ocorrendo no setor de diagnóstico e terapêutica, contudo, apontavam para a necessidade de uma estrutura organizacional mais profissional. Se no início dos anos 70 praticamente era o raio X e o laboratório de análises clínicas que demandavam maiores gastos, estes não representavam mais do que 5% no custo final de um paciente. Ao longo da década de 1970 e início dos anos 80, o mosaico de alternativas de ofertas de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico era bem maior e passava a representar cerca de 30% do custo final de um paciente, confirmando para uma situação de realidade brasileira o que REDISCH[2] apud BANTA (1988) havia identificado no setor saúde dos EUA.

As atividades que demandavam tais serviços passaram a ganhar cada vez maior importância e foram se tornando altamente lucrativas. Porém, com os serviços terceirizados, assistia-se ao uso das dependências do hospital e de seus pacientes internados para o enriquecimento de certos especialistas do corpo clínico.

---

[2] REDISCH, Michael. Hospitals inflationary mechanisms. Las Vegas: Western Economic Association, 1974. (Mimeo)

Conforme a administração deste hospital, a terceirização passou a se constituir no contra-fluxo da história. O surgimento de certas unidades de diagnóstico e terapêutica, dotadas de equipamento de última geração, passou a demandar um atendimento integrado com outras modalidades e uma centralização e verticalização institucional crescente.

É o caso, por exemplo, da unidade de litotrícia para a fragmentação de cálculos do sistema urinário a partir de uma fonte de ondas de choque extracorpórea. Para facilitar a execução do procedimento, a unidade precisa de uma equipe de médicos capacitada para operar o equipamento e dispor de equipamentos complementares para a realização de ultrassonografia para a localização de cálculos rádio transparentes e para atender eventuais procedimentos auxiliares, como nefrostomia ou intervenção renal percutânea, passagem de catéteres uretais, ureteroscopia e manipulação endoscópica do trato biliar.

A tendência, a partir daí, foi de consolidar uma equipe de administração do hospital. Há 7 anos, o hospital possui diretor técnico com dedicação exclusiva. Neste período, o esforço tem sido de estruturar um Centro de Diagnóstico e Apoio Terapêutico, comprando os serviços até então terceirizados e criando outros como o da tomografia computadorizada e ressonância magnética. Além de atender os pacientes internados do hospital, está também disponível aos clientes externos que não precisam de internação.

No período de três anos, a produção do Centro de Diagnóstico e Apoio Terapêutico dobrou e vem adotando uma estratégia de busca de novos mercados, principalmente a clientela das clínicas e consultórios que, como vimos, encontram-se nos arredores de hospitais deste tipo.

Com a abertura do Pronto Atendimento e de novas instalações ao lado do antigo hospital, a administração vem trabalhando no sentido de criar uma porta de entrada diferenciada para o Centro, visando atrair mais clientes externos. A estratégia tem sido de modificar a imagem do hospital que possui como principal obstáculo para esta nova clientela o conteúdo social que carrega em si: lugar da doença, da dor e da morte.

É neste sentido, que empresas como Laboratórios de Análise Clínica acabam levando vantagens neste mercado e constituem-se em concorrentes destes Centros de Diagnóstico e Apoio Terapêutico emergentes em hospitais desta natureza.

Os gráficos da figura 14 ilustram como se articula o fluxo de pacientes internos e externos a este hospital, conforme as modalidades de serviços que presta à comunidade.

FIGURA 14

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS - JANEIRO 1994

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

1- LABORATÓRIO CLÍNICO
2- RADIOLOGIA GERAL
3- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - 4,6 %
4- ULTRASSONOGRAFIA - 4,8 %
5- ENDOSCOPIA - 2,4 %
6- ELETROCARDIOGRAMA - 4 %
7- QUIMIOTERAPIA - 3,2 %
8- PATOLOGIA 7,7 %
9- OUTROS - 4,1 %

1- LABORATÓRIO CLÍNICO
2- RADIOLOGIA GERAL
3- ULTRASSONOGRAFIA
4- MEDICINA NUCLEAR - 3,1 %
5- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - 9,3 %
6- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - 4 %
7- ENDOSCOPIA - 11,3 %
8- ECOCARDIOGRAMA - 2,3 %
9- QUIMIOTERAPIA - 4 %
10- PATOLOGIA - 2,3 %
11- OUTROS - 5,1 %

Os pacientes internos do hospital utilizam basicamente os serviços de laboratório clínico e radiologia geral do Centro de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Com o fluxo de pacientes externos há um acréscimo de serviços prestados nestas duas modalidades, além de um crescimento significativo na demanda de ultrassonografia, endoscopia e tomografia computadorizada, em especial.

A demanda externa do hospital origina-se, principalmente, das clínicas médicas que tem uma base territorial com o centro gravitacional na Avenida Paulista e seus arredores, onde um intenso fluxo de serviços de saúde de toda ordem forma uma trama de objetos técnicos e de relações sociais que os medeiam.

Por isso, todo este levantamento empírico nos permitiu compreender o modo como a rede tecnológica de saúde constitui-se numa mesma base territorial no município de São Paulo.

O que resultava de tudo isto?

Neste momento, tornou-se fundamental entendermos a lógica de complementaridade inerente aos serviços desta base territorial. O setor saúde, dada a sua natureza enquanto serviço de consumo, foi visto, nesses termos, no âmbito do debate da questão do trabalho produtivo e improdutivo.

Respaldando-nos em GIANNOTTI (1984), "o trabalho é produtivo, portanto, quando o salário correspondente está posto numa relação necessária com a massa de lucro que ele ajuda a gerar (...) Uma coisa, todavia, é um serviço, outra uma empresa que explora serviços (...) Para os nossos propósitos convém assinalar que nem sempre tais serviços são apropriados diretamente pelo capital, começando a desenhar novas formas de relações sociais de produção, as quais não se identificam de imediato como capitalistas" (GIANNOTTI:1984, p.260-6).

Em seu trabalho, este autor analisa como o Estado abrange a denominada sociedade civil por intermédio dessa massa de valores, desse fundo público, oferecendo

o terreno "onde se arma o pacto politico". Um problema mais dificil e rico é levantado no esforço teórico de contextualizar esta questão num capitalismo de oligopólios. São identificados os mecanismos sob os quais, no capitalismo em sua fase imperialista, uma parte da mais-valia separa-se como riqueza social, constituindo-se no fundo público capaz de satisfazer as "necessidades coletivas geradas pelo movimento desse capital (...) Viajando, o capital, que é nacional na medida em que se internacionaliza, leva em conta tanto a sua demanda efetiva global quanto a demanda efetiva de cada região. É neste sentido que ele vai precisar do Estado(...)" (GIANNOTTI:1984, p.281).

O Estado apresenta-se, deste modo, como uma instância institucional imprescindível para disciplinar a reprodução ampliada do capital por meio da administração das contradições capital-trabalho e capital-capital. Cumpre o seu papel, podendo deslocar estes conflitos para o espaço do mercado, territorialmente demarcado e governado por relações contratuais, encobrindo as desigualdades sociais pela desigualdade da distribuição de renda, podendo as relações de poder ser percebidas no modo como se materializam no seio deste Estado.

Por esta via, GIANNOTTI (1984) analisa como "o próprio capital põe seu outro, cria sua exterioridade, particularizando-se como capital nacional - nação aqui entendida unicamente como o solo e a população de que necessita o capital para manter sua sobrevivência (...) Do mesmo modo que trabalhos improdutivos se tornam necessários para a produção da mais-valia, uma quantidade de valor começa a repousar à margem do processo de valorização do capital, mantendo sua identidade em termos de valor, na medida em que serve para pagar salários dos trabalhadores improdutivos indispensáveis, ao mesmo tempo que se converte num fundo para a realização da mais-valia criada pelos setores propriamente produtivos" (GIANNOTTI:1984, p.267).

O fundamental, portanto, nesta perspectiva de entendimento dos entrelaçamentos entre espaço e saúde no caso brasileiro, era saber de que estatização se trata, pois estatizada a saúde já está. Sobretudo, sem perder de vista o estudo dos processos de atribuição de significados, dos modos de articulação e complementaridade entre os serviços públicos e privados e de suas diferenças manifestas em termos dos mecanismos de acessibilidade.

Ao tomarmos este caminho tivemos diante de nós a possibilidade de compreender e elaborar a natureza do entrelaçamento do território da atenção médica com suas variáveis estruturais, enquanto materialidade do grau de desenvolvimento das forças produtivas. Assim, conduzimo-nos de modo a considerar certos aspectos da realidade e compreender a condensação material e específica da correlação de forças que ao mesmo tempo produz a esfera pública e delimita o lugar do individual-privado.

Estas conclusões obtidas a respeito do perfil da oferta de serviços pressupunham uma explicação do movimento social a partir das condições objetivas e concretas que os envolviam, produzidas pelas condições estruturais do capitalismo, em sua fase imperialista[3].

Tendo em vista o exposto acima e de volta ao seu aspecto fenomenológico, nosso olhar colocava o "fenômeno do transbordar do hospital" sob o mesmo prisma que reflete outras imagens da cidade: "a poluição sob todas as formas, o caos em que se converteram os transportes urbanos (...), a criminalidade, as chagas sociais expressas

---

[3] A expressão "fase imperialista" denota uma periodização do capitalismo em fases ou estágios. O imperialismo é, aqui compreendido, como designação do processo de acumulação capitalista em escala mundial na fase do capitalismo monopolista. A base desta teoria do imperialismo encontra-se na obra de Lênin, em especial, O imperialismo, fase superior do capitalismo. Lênin contextualiza o mercado mundial criado pela acumulação capitalista e analisa o monopólio, que deriva da livre concorrência e que existe "acima e ao lado dela", através de uma série de mecanismos de controle sobre os territórios. Esta análise da acumulação capitalista considera o impacto sobre as formações econômico-sociais - entendidas como sociedades historicamente concretas, os países. Com relação às formações econômico-sociais, foi o Prof. Milton Santos que as resgatou enquanto teoria e método da "nova geografia" (SANTOS:1977).

numa urbanização que se faz sem água, sem esgoto (...), o descontrole do uso do solo urbano, em que a especulação imobiliária atua desenfreadamente tapando rios, córregos, transformando São Paulo em cada toró num caudoloso Amazonas urbano (...), o velho, o novo e o novíssimo proletariado (...), uma lista interminável quase atordoante pela sua sucessão, seu nunca-acabar, seu revirar-se, transformar-se(...)" (OLIVEIRA:1976, p.6).

Como nem todos estes fatos se situam num mesmo plano, as questões que envolvem as relações entre espaço e saúde puderam ser vistas pelo lado da divisão social do trabalho. Não que fosse possível estabelecer uma regra absoluta, um sentido profundo a tudo, mas procurávamos por baixo deste "devir brumoso" discorde, o que lhe conferia uma articulação global e unidade ao todo.

É nesta direção que COHN (1992) aponta o desafio de apreender a complexidade desta realidade através das suas formas de articulação com a economia política. Assim, "pensar essa questão tendo por referência a realidade brasileira implica pensá-la, de um lado, enquanto mecanismo de enfrentamento da magnitude da pobreza que avassala grande parte da população e, de outro, enquanto uma relação entre Estado e sociedade" (COHN:1992, p.71). Tratava-se, enfim, de pensar as políticas públicas e sua rearticulação econômica e política com as desigualdades sociais, assumindo "como ponto central a dimensão da cidadania, do controle público sobre as ações do Estado, o que significa situá-las no interior de um projeto para a própria sociedade" (COHN:1992, p.72).

O conteúdo técnico do território, deste modo, pôde ser apreendido pela acessibilidade latente que carrega em si. Segundo COHN, há embutidas neste conceito de acesso "noções de presença física de recursos, eficácia ou resistência na capacidade de produzir serviços úteis do lado de quem planeja e organiza; e há, do lado daqueles

para quem são idealizados e operacionalizados, o reconhecimento de obstáculos, mas também capacidade de avaliação" (COHN:1991b, p.81).

Isto posto, não nos demos por satisfeitos diante da tarefa que nos propúnhamos inicialmente. Afinal, perdíamos de vista que este permanente rearranjo territorial guarda em si um certo grau de indeterminação e se inscreve numa trama mais profunda das modalidades de exercício de poder no Brasil.

Em outras palavras, tão importante quanto o entendimento das determinações estruturais era a necessidade de captar o significado singular que tinha para múltiplos e frequentemente opostos atores, com seus imaginários e mediações simbólicas próprias. O território da atenção médica constituía-se no processo de produção de experiências alimentadas pelos conflitos sociais, considerando como pano de fundo suas condições estruturais objetivas.

Tendo em vista os pressupostos que norteiam esta leitura do território da atenção médica, é DONNANGELO ([s.d.]) que diz: "A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturaçào da sociedade, com a depuraçào de todos os seus males(...)Propõe-se, portanto, para a Medicina, ao mesmo tempo que uma reestruturação de seus instrumentos e de seu objeto - pois elege-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva - a realizaçao de uma tarefa política. Esses valores indicam um processo original de vinculação da medicina ao político e ao Estado, no momento em que a instauração do domínio político da burguesia promove a mobilização de recursos ideológicos capazes de aglutinar provisoriamente classes e camadas sociais em torno da tarefa de recomposição do poder representado no Estado." (DONNANGELO:[s.d.], p.19)

Em suas palavras, cremos encontrar com extremo rigor e densidade teórica a tradução do que vimos procurando demonstrar até então a respeito do jogo categorial entre tecnologia, saúde e produção do espaço para a compreensão de aspectos da realidade brasileira.

Entendemos que DONNANGELO de algum modo já esboçava em sua obra, nos anos 70, que tais nexos entre estas categorias exigiam uma reflexão cada vez maior na tênue fronteira entre os aspectos infra-estruturais e os de super-estrutura da sociedade brasileira deste fim de século. Preocupações estas que GIANNOTTI (1984) procurou avançar quando considerou que o poder consiste numa "virtualidade prática" e que não deixa de ser ele próprio um meio de representação da trama das relações sociais e do ato de medir e controlar uma força produtiva, "passando a produzir certas unidades semânticas a partir das quais se articulam os outros simbolismos sociais" (GIANNOTTI:1984, p.184).

Cabe destacar nesta formulação, que não se trata de elaborar o entendimento de "microfísicas do poder" ao modo de FOUCAULT[4], uma vez que supostos como fora do Estado (aparelho saúde, asilos, hospitais, etc), esses lugares constituem, isto sim, lugares de poder, tanto mais por se incluírem no "campo estratégico do Estado" (Poulantzas:1980, p.42). Numa sociedade dividida em classes como a nossa, as relações de poder, a luta de classes, enfim, situam-se na "ossatura organizacional" deste Estado e este é condensação material e específica de uma relação de força entre estas classes.

Ao levarmos em conta estas considerações, passamos a nos referir como sendo a maior novidade observada em toda a série histórica analisada para o município

---

[4] Tal questionamento ganha extrema relevância, na medida em que FOUCAULT é frequentemente utilizado por autores que trabalham a questão da saúde no Brasil. Fazemos referência, fundamentalemtne a: O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1977 e, Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

de São Paulo, a expansão do território da tecnologia médica para a periferia, mormente em direção à Zona Leste da cidade.

Esta expansão para a periferia, na ótica da política de Estado resultou em ações diretas do poder público, quer seja estadual ou municipal a partir do processo de municipalização dos serviços de saúde no país, para fazer frente às disparidades de renda e serviços. Afinal, a periferia do município de São Paulo não difere muito em nível de saúde daquele encontrado em bairros onde residem as classes espoliadas do resto do Brasil: as doenças infecciosas são responsáveis por cerca de metade das mortes infantis na periferia de São Paulo; a morte infantil por diarréia, enterite, pneumonia na periferia é o dobro que na área central da cidade; e, a mortalidade infantil tardia predomina sobre a mortalidade neonatal (PMSP:1990).

Na implementação desta política o poder público contou, inclusive, com linhas de financiamento do Banco Mundial para o desenvolvimento de um modelo de assistência básica à saúde para a Região Metropolitana de São Paulo com custos estimados em torno de 121 milhões de dólares[5].

Certamente esta expansão, que diga-se de passagem sempre foi acompanhada pelas ações indiretas do poder público federal via a compra de serviços do setor privado, não teria tido esta dimensão sem a presença do movimento popular que irradiou-se pela periferia de São Paulo entre meados dos anos 70 até o início dos anos 80. Através de inúmeras passeatas, atos públicos, abaixo-assinados, estes moradores foram à luta aglutinando diversos bairros visando a conquista de uma melhor atenção à saúde.

---

[5] No município de São Paulo duas áreas foram selecionadas para a execução deste projeto: Freguesia do Ó, devido ao grau de cooperação existente entre instituições públicas e privadas, o que permitiria um teste do modelo integrado dessas instituições; e, Itaquera-Guaianazes, pelo pequeno número de serviços existentes. No desenvolvimento da rede física, foram construídas e equipadas cerca de 50 unidades básicas de saúde, ampliado o hospital de Itaquera e construídos os hospitais de São Matheus e Guainazes. (BANCO MUNDIAL:1984).

Muitas conquistas foram concretizadas por este movimento no sentido de ampliar o acesso aos bens de consumo coletivos. Acesso esse que transcende a uma lógica imanente da expansão do capital e que faz apelo à condição da coisa pública e do exercício da cidadania, interferindo na modernização dos serviços públicos (equipamentos, laboratórios, medicamentos, etc), promoção da abertura de concursos públicos para a contratação de mais funcionários, construção de hospitais, prontos-socorros, centros de saúde.

Neste sentido, trazer à tona essa dimensão do fenômeno era ir ao encontro do entendimento do território dos serviços de saúde enquanto uma rede de sociabilidade da qual os sujeitos participantes deste movimento foram atores políticos instituintes e que tão bem SADER (1988) soube demonstrar em seu trabalho.

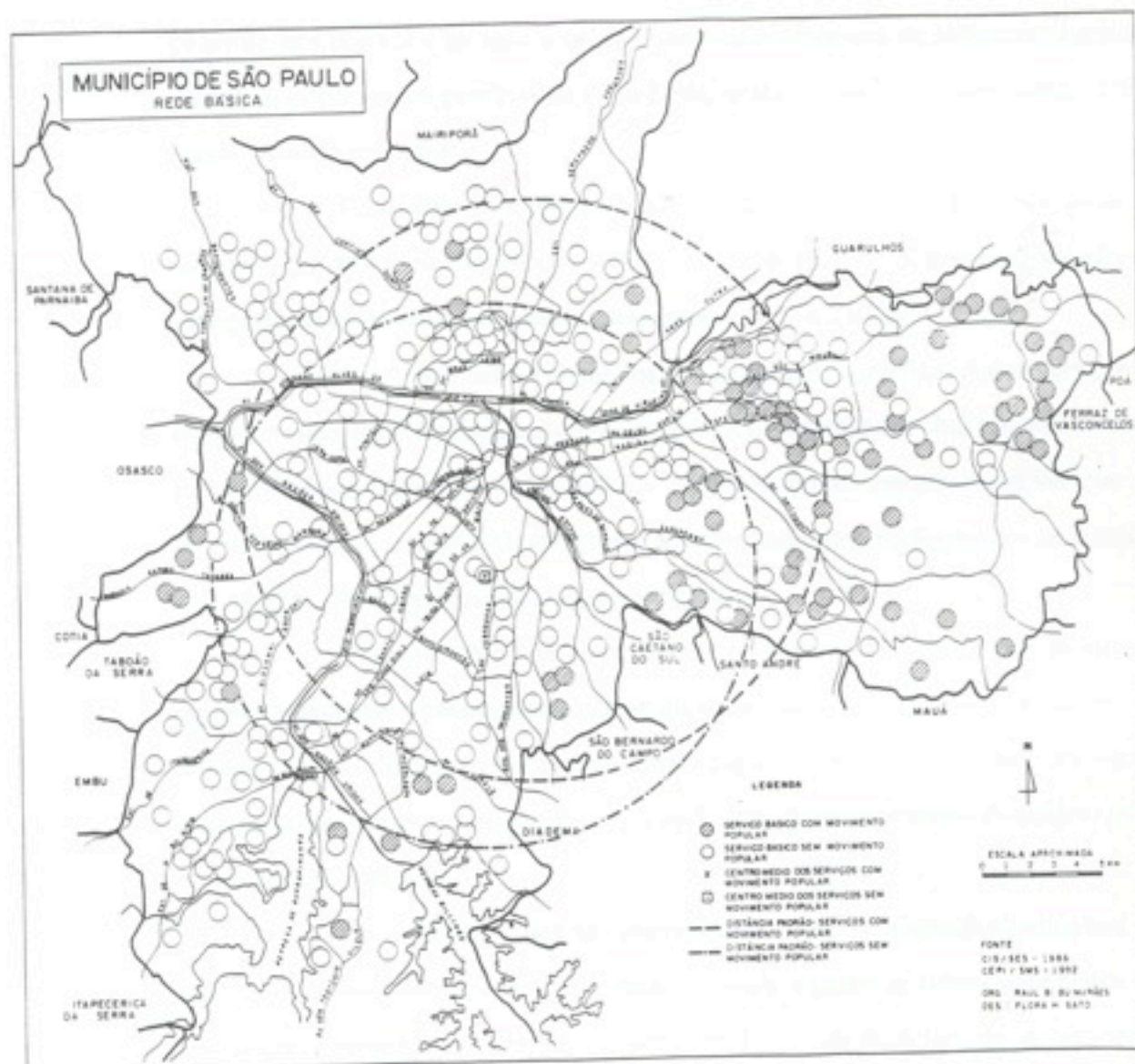
Importávamo-nos aqui, dimensionar a força deste movimento em termos de mudanças da base territorial da tecnologia médica, mapeando os serviços existentes no município de São Paulo que foram abertos em função desta pressão popular. Que peso tiveram na direção da relação entre Estado e cidadãos? Até onde puderam promover uma ruptura nas raizes da apropriação privada da esfera pública, ampliando-a e subvertendo seu sentido?

Para isto, foram consideradas as informações mencionadas em documentos produzidos pelo próprio movimento ou divulgados pela grande imprensa, referentes a nomes de logradouros, bairros ou distritos onde se manifestava este fenômeno[6]. Aplicando o mesmo procedimento cartográfico utilizado no estudo dos equipamentos hospitalares pudemos analisar a expansão da rede básica de serviços públicos, o que pode ser observado no mapa da figura 15.

---

[6] O levantamento destes documentos foi feito no acervo do Centro de Pesquisa e Documentação Vergueiro - CPV (folhetos, panfletos, jornais de associações de moradores, etc) e arquivos dos jornais "Folha de São Paulo" e "O Estado de São Paulo" para o periodo de 1977 a 1990. Uma listagem deste material encontra-se na bibliografia.

FIGURA 15

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
REDE BÁSICA
MAIRIPORÃ
GUARULHOS
SANTANA DE PARNAIBA
OSASCO
POÁ
FERRAZ DE VASCONCELOS
COTIA
TABOÃO DA SERRA
SÃO CAETANO DO SUL
SANTO ANDRÉ
MAUÁ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMBU
DIADEMA
ITAPECERICA DA SERRA
LEGENDA
ESCALA APROXIMADA
FONTE

Mesmo que relativizando este resultado do mapeamento, na medida em que grande parte desta história não foi escrita, não foi documentada, quando considerados os centros médios dos serviços de saúde onde a pressão popular aparenta não ter influenciado a sua existência e onde de algum modo influenciou a sua existência, observamos na primeira situação, evidências de uma rede de serviços mais voltada para a periferia da Zona Sul e tendo como eixo a Avenida Paulista/Avenida Jabaquara. No processo de luta por mais atenção à saúde, houve uma tendência de redirecionamento da rede de serviços para a periferia da Zona Leste, deslocando-se o eixo do Centro Médio para a Avenida do Estado.

Considerando a distância padrão calculada nas duas situações, pudemos também afirmar que este fenômeno social teve algum peso em termos da dispersão dos serviços básicos de saúde pela cidade, expandindo sua base territorial.

Por outro lado, em termos do ordenamento territorial dos serviços de maior complexidade tecnológica, como os hospitais, pudemos concluir que não se tratou de um movimento de ruptura dos padrões de consumo preexistentes, uma vez que não teve força suficiente para criar uma nova base territorial dos equipamentos hospitalares e de alterar o centro gravitacional destes serviços[7].

Enquanto fator de uma vontade política, a participação do movimento popular ganhou relevância pelas características das ações sociais que moveu, pela sua linguagem, pelos lugares onde se constituíram como sujeitos coletivos, pelo seu significado na "emergência de uma nova configuração das classes populares no cenário público" (SADER:1988, p.36).

Estiveram atuantes na vida cotidiana, a incorporação dos indicadores de saúde e de consciências sociais que pensam a saúde a partir de outros parâmetros que não a doença: saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde do deficiente, saúde mental. "É por isso que estes processos, ainda muito limitados que sejam, que reconstituem as ´questões sociais´ contra todas aquelas referências, assumem notável potencial históri-

---

[7] Como vimos nos 2 capítulos anteriores, mesmo tendo sido significativo o deslocamento do centro médio dos hospitais em direção à Zona Leste no período pós-1985, em termos gerais, considerando todos os hospitais, a centralidade destes equipamentos se mantém na Avenivida Paulista.

co(...)Esses movimentos começam a dispor de bases sociais, finalmente objetivas, e se isso não lhes garante nenhum futuro, certamente garante a possibilidade de um futuro" (GONÇALVES:1991, p.106).

Nestes termos, a extensão da prática médica tornou-se extensão das concepções de saúde que seus atores normatizam e que se materializam em termos territoriais. Vimos que este território é a base comum de atuação de diversos atores (categorias profissionais, associações de moradores de bairros, tipos de proprietários), prestando-se ao processo de segmentação da circulação e do consumo.

Mas este espaço de realização do imaginário coletivo não coincidiu integralmente com a expressão das coisas imanentes do território dos serviços de saúde no município de São Paulo. Cada vez mais, o "transbordar do hospital pela cidade" faz deste território uma rede à maneira das redes viárias, com seus circuitos, fluxos, nós de conexão, trajetórias. Por tais características e como parte integrante das forças produtivas, este fenômeno possibilitou a "explosão do espaço" em suas múltiplas facetas: lugar da ação e da possibilidade de engajar-se na ação, lugar do consumo e consumo do lugar.

O espaço da saúde resultante do avanço em técnicas de diagnóstico médico, em algum sentido, reforça mecanismos de controle social dos médicos, ampliação de assistência médico sanitária a doenças, medicalização crescente da população, intervenção do Estado na vida cotidiana, o urbano em sua múltiplas facetas, enfim.

No silêncio de seus usuários, este território da tecnologia médica foi sobretudo favorável às corporações" e grandes firmas, que agem no processo de urbanização e na reformulação das estruturas urbanas", permitindo falar em "urbanização corporativa" ou "cidades corporativas", conforme nos ensinou SANTOS (1993, p.106-7).

Dada a completa fluidez do capital, no território que resulta daí, o que está em jogo é uma relação de poder entre grupos de interesse, frações de classes e classes sociais que tende a transfigurar a coisa pública e seu germe de cidadão no triunfo do consumidor dirigido pelos "aspectos corporativos da vida urbana", que busca privilégios em vez de direitos e é impedido "de ver a cidade como um todo" (SANTOS:1993, p.109). É o que apontam os dados da pesquisa realizada por COHN (1991b) na periferia

do município de São Paulo: a "cesta básica" de serviços de saúde que esta população compõe está claramente associada muito mais à oferta destes serviços do que à demanda de sua morbidade referida.

No permanente refazer do pacto político que o institui, o espaço da saúde reúne a face do controle social dos serviços com os centros nervosos de redes cada vez mais extensas de serviços de produção e consumo na vida urbana (SINGER:1979).

Para OLIVEIRA (1982), o aspecto essencial desse processo consiste na questão da constituição destas novas relações de produção e dos nexos da atividade industrial e, ao mesmo tempo, da vida urbana, que se articulam à acumulação. O "transbordar do hospital pela cidade", de certa forma, revela-se como expressão da organização da atividade industrial e o espaço da saúde denuncia uma unidade semântica do campo estratégico que se estabelece entre sociedade civil e Estado.

E é esta dimensão pragmática que impõe a necessidade de buscar um sentido ao caráter ambiguo do acesso ao consumo de bens coletivos e sua valorização ideológica que se manifesta "numa quase absoluta indiferença por qualquer dimensão da doença que não seja individual-instrumental, não obstante suas reais e notórias possibilidades" (GONÇALVES:1991, p.103).

No equacionamento destas questões não poderemos nos furtar da natureza de relações entre a linguagem e a técnica e o "modo como o dizer e o fazer se relacionam entre si" (RODRIGUES:1990, p.93), expandindo esses conceitos à esfera do discurso e transformando-os em explicações da vida, da saúde e da doença no plano de sua total concretude. É o que JUNQUEIRA (1994) aponta como a emergência de uma nova modalidade de espaço - "o espaço reticular", organizado pelo discurso e que funda uma ruptura epistemológica com os padrões de sociabilidade anteriores.

Evidentemente, estes nexos e articulações aqui esboçados não são diretos nem mecânicos, sendo necessário que deixemos todas essas questões em aberto. Não somente porque elas requerem novos dados e novos instrumentos, mas principalmente por que fogem do âmbito da tarefa a que nos propusemos.

Tivemos em mente apenas balizar o campo em que o fenômeno do "transbordar do hospital pela cidade" adquire sentido, afinal isto sugere a mesma perpectiva de entendimento da ponte que Marco Polo descreve, pedra por pedra, na obra de CALVINO (1990):

> "- Mas qual é a pedra que sustenta a ponte? - pergunta Kublai Khan.
> - A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra
> - responde Marco Polo, mas pela curva do arco que elas formam.
> Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo. Depois acrescenta:
> - Por que falar das pedras? Só o arco me interessa.
> Pólo responde:
> - Sem pedras, o arco não existe." (CALVINO:1990, p.79)

O mesmo passamos a pensar a respeito do fenômeno do "transbordar do hospital pela cidade": quais são as pedras, o arco e a ponte que o articulam num todo, conferindo unidade entre tecnologia e saúde? De que espaço da saúde falamos?

Considerações Finais

Nos capítulos anteriores buscamos apreender a originalidade do fenômeno posto em questão. O caminho foi se fazendo da percepção do fenômeno confusamente apreendido, passando por graus ou momentos de análise através da separação dos aspectos e dos elementos reais considerados essenciais; e, mediante o aprofundamento do conteúdo, dirigimo-nos no sentido da compreensão dos nexos entre os conteúdos mais singulares e os mais universais.

Neste movimento de articulação destas determinações gerais com o modo particular em que se dá a territorialização do capital e do monopólio no momento histórico em que vivemos, pudemos apreender o espaço da manifestação singular deste processo : seu território.

Ainda que não possuíssem contornos bem definidos, fomos levados por interrogações a respeito do impacto das inovações tecnológicas na base territorial dos serviços de saúde. Indagávamos sobre o papel das inovações no modo de se territorializar o sistema de saúde nos centros urbanos.

A principal dificuldade encontrada para esta definição residia na complexidade do fenômeno posto em questão e na escassez de trabalhos de "Geografia e Saúde" que contribuíssem para o entendimento das conexões entre seus diversos aspectos.

A necessidade de melhor aprofundar a compreensão do objeto de estudo passou a exigir o privilégio de alguma questão a partir da leitura que se esboçava via o território. Qual recorte se configuraria como o mais adequado para trabalhar aspectos significativos das novidades observadas?

Entendemos que o processo em jogo, além de significar a expansão da rede básica de saúde pública, representa uma ampliação do mercado de saúde através de

uma maior oferta de serviços de apoio diagnóstico decorrentes da introdução de novos produtos ou da transferência de processos de trabalho dos hospitais para terceiros.

Assim, o tema proposto para esta reflexão apresentou um vastíssimo e complexo campo de investigações em que cabe um maior aprofundamento. Dentre estes: a reconstituição da cadeia produção/circulação/consumo da tecnologia médica; a articulação entre si da concepção do processo e do produto, a fabricação, comercialização e uso dos objetos técnicos; as redes de relações que este processo estabelece através da circulação dos usuários destes serviços pela cidade.

Nesta perspectiva, três aspectos foram considerados importantes: 1- a possibilidade de utilização e desenvolvimento das habilidades adquiridas de leitura da realidade; 2- uma atitude de enfrentamento do problema, ou seja, de busca de elementos e variáveis que permitissem sua compreensão sem, no entanto, exigir soluções imediatas para ele; 3- a construção desta compreensão, considerando o debate do coletivo.

O principal aprendizado desta trajetória, no nosso modo de entender, foi o de perceber que a geografia não é a realidade em si, mas uma representação desta realidade: uma idéia da realidade produzida pela pesquisa científica, um saber construído. Em outras palavras, isto significava ter avançado na reflexão do seguinte aspecto: "uma vez assim conscientizados de que aquilo que operamos é a idéia e não a coisa, permitimo-nos abrir-se à nossa frente: 1 - a análise crítica da leitura da coisa no tocante ao modo como a temos feito e com a qual temos trabalhado; 2 - a reflexão acerca do processo de leitura das coisas (isto é: da teoria do conhecimento); 3 - o entendimento de que outras alternativas de construção das idéias são possíveis; e 4 - a percepção do poder das idéias na transformação das coisas reais (a sociedade em que vivemos, por exemplo)" (MOREIRA:1987, p.13).

Apesar das dificuldades de toda ordem encontradas na realização deste trabalho, buscamos, enfim, um entendimento do território da tecnologia médica como produto do espaço de Homens concretos com projetos políticos próprios. Como não há projeto político sem utopias e, por sua vez, não há utopias sem ideologia, aproximamo-nos de uma reflexão do conteúdo de classe que o saber geográfico assume. Tendo clareza disto, vislumbramos o carácter político do ato de pensar a realidade dos fenômenos. Pensar é compromissar-se com uma certa visão de mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I - PUBLICAÇÕES AVULSAS

001. AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Política social e tecnologia em saúde, ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde. São Paulo: FFLCH/USP, 1986. (Tese de Doutoramento).

002. BANCO MUNDIAL. Brasil - segundo projeto de saúde. São Paulo: Banco Mundial, 1984. (Relatório)

003. BARAT, Ana Maria. Estudos de gastos no setor público com a função saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1973

004. BIAZZI, Luiz Augusto, FURTADO, André. Políticas tecnológicas em saúde - dinâmicas sócio-econômicas. São Paulo: CEBRAP, 1986. 18p. (Relatório).

005. BRAGA, José Carlos de Souza. A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 1978. (Dissertação de Mestrado).

006. BRASIL. Leis, Decretos, etc. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

007. BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1987.

008. BREILH, Jaime. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.

009. CALVINO, Ítalo. As cidades invisíveis. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

010. CAMPOS, Ernesto de Souza. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

011.CLARK, Oscar. Política hospitalar moderna. Rio de Janeiro: [s.n.], 1937

012. COHN, Amélia, NUNES, Edison, JACOBI, Pedro. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991b.

013. CORDEIRO, Helena Kobn. O Centro da Metrópole Paulistana: expansão recente. São Paulo: USP/FFLCH, 1978. (Tese de Doutorado).

014. CORDEIRO, Hésio. Empresas médicas. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

015. ________. Tecnologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

016. CORIAT, Benjamin. Science, technique et capital. Paris: Éditions du Seuil, 1976.

017. ________. A revolução dos robôs: o impacto sócio-econômico da automação. São Paulo: Busca vida, 1989.

018. DONNANGELO, Maria Cecília F. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975.

019. ________. Saúde e sociedade. 2. ed., São Paulo: Duas Cidades, 1979.

020. ________. Aspectos da política social brasileira e da participação comunitária em saúde. Brasília: OPAS, [s.d.]. (Mimeo).

021. FRIEDMANN, Georges. Sete estudos sobre o homem e a técnica. São Paulo: DIFEL, 1968.

022. FUNDAÇÃO IBGE. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

023. ________. Saúde: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.

024. FUNDAÇÃO SEADE. Pobreza e riqueza: pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo - saúde. São Paulo: SEADE, 1992

025. GAETA , Antônio Carlos. Acumulação e transformação do espaço urbano: o processo geral_de formação dos shopping centers em São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP, 1988. (Dissertação de Mestrado)

026. GALBRAITH, John Kenneth. O novo estado industrial. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1983.

027. GAMA, Ruy. A tecnologia e o trabalho na história. São Paulo: Nobel/Edusp, 1986.

028. GARCIA, Juan César. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

029. GENTILLE DE MELO, Carlos. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1977.

030. GERARDI, Lúcia Helena de Oliveira, SILVA, Bárbara-Christine M. Nentwig. Quantificação em geografia. São Paulo: DIFEL, 1981.

031. GIANNOTTI, José Arthur. Trabalho e reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade. 2. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

032. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Medicina e história: raizes sociais do trabalho médico. São Paulo: FM/USP, 1979. (Dissertação de Mestrado).

033. ________. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde. São Paulo: FM/USP, 1986. (Tese de Doutorado).

034. HEIMANN, L., CARVALHEIRO, J.R., DONATO, A.F. Avaliação da municipalização no SUDS-SP. São Paulo: Sec. de Estado da Saúde, 1991. 23p. (Relatório).

035. JACOBE, Pedro R. Políticas públicas de saneamento basico, saúde, e reivindicações sociais no município de São Paulo. São Paulo: IFLCH/USP, 1985. (Tese de Doutorado).

036. JACQUES, Ellul. El siglo XX y la técnica. Barcelona: Kabor, 1960

037. JUNQUEIRA, Claudete B. Junqueira. A rede dos lugares: por uma epistemologia do espaço reticular. São Paulo: Congresso Internacional da ANPEGE, 1994. (Mimeo)

038. LANDMANN, Jayme. Evitando a saúde e promovendo a doença. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986

039. LEFÉBVRE, Henri. Posição, contra os tecnocratas. São Paulo: Documentos, 1969.

040. ________. A re-produção das relações de produção. Cidade do Porto: Publicações Escorpião, 1973.

041. ________. Espacio y politica. Barcelona: Península, 1976.

042. ________. El direcho a la ciudad. 4. ed. Barcelona: Península, 1978.

043. ________. La vida cotidiana en el mundo moderno. 3. ed. Madrid: Alianza, 1984.

044. ________. Lógica formal/lógica dialética. 5. ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.

045. LEFÉBVRE, Henri. La production de l'espace. 3. ed. Paris, Anthropos, 1986.

046. MANTEGA, Guido. A economia política brasileira. São Paulo: Polis, 1984.

047. MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

048. ________. Capítulo VI inédito de O Capital. São Paulo: Moraes, 1985.

049. ________. El capital: crítica de la economia política. 2. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1986, v.1-2.

050. MENDES, Eugênio Vilaça. A crônica de uma morte anunciada ou nascimento, paixão, morte e ressurreição do INAMPS. Brasília: [s.n.], 1993. (Mímeo).

051. ________. Organização de sistemas de saúde: desafios e perspectivas. In: III Congresso Médico de Brasília, 1993. (Mímeo).

052. MOREIRA, Ruy. Conceitos, categorias e princípios lógicos para a reformulação da geografia. In: Encontro Nacional de Ensino de Geografia. Anais... Brasília: AGB, 1987.

053. NOGUEIRA, Roberto Passos. Capital e trabalho nos serviços de saúde. [s.l.: s.n.], 1979. (Mimeo).

054. NOVAES, Hillegonda Maria Dutith. A tecnologia na rede hospitalar de São Paulo: um estudo sobre a incorporação tecnológica e sua repercussão nos serviços de saúde. São Paulo: FMUSP/FINEP, 1985. (Relatório).

055. ________. Tecnologia e organização social da prática médica: o setor público hospitalar. São Paulo: FMUSP/CNPq, 1987. (Relatório).

056. ________. Processo de desenvolvimento tecnológico em saúde - demanda e uso de tecnologia: o consumo hospitalar no município de São Paulo. São Paulo: FM/USP, 1990. (Relatório).

057. OLIVEIRA, Jaime A., TEIXEIRA, Sônia M.F. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

058. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. Washington: OPAS, out. 1992. (Mimeo).

059. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Características da organização da atenção médica no Brasil - 1960/1980. São Paulo: OPAS/FUNDAP, 1985. 2.v.

060. POSSAS, Cristina. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

061. POULANTZAS, Nicos. O Estado, o poder, o socialismo. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

062. RATTNER, Henrique. Tecnologia e sociedade. São Paulo: Brasiliense, 1980.

063. RIBEIRO, Herval Pina. O hospital - história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

064. RODRIGUES, Adriano Duarte. Estratégias da comunicação: questão comunicacional e formação de sociabilidade. Lisboa: Presença, 1990.

065. SACHAR, Arie. A cidade mundial e sua articulação ao sistema econômico global. In: BECKER, B., COSTA, R. H., SILVEIRA, C. B. (orgs.). Abordagens políticas da espacialidade. Rio de Janeiro: UFRJ/Deptº de Geografia, 1983. p. 75-97.

066. SADER, Eder. Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970/1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

067. SANTOS, Milton. Economia espacial: críticas e alternativas. São Paulo: Hucitec, 1979a.

068. ________. O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. Rio de Janeiro: F. Alves, 1979b.

069. ________. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1978.

070. ________. Pobreza urbana. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1979c.

071. ________. Espaço e sociedade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

072. ________. A urbanização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1993.

073. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Especial da Reforma Administrativa. Guia de serviços públicos da cidade de São Paulo. São Paulo: S.E.R.A., 1991.

074. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Proposta de implantação do sistema único de saúde no município de São Paulo. São Paulo: PMSP/SMS, nov. 1990. (Mimeo).

075. SÃO PAULO (Estado). Assistência médica hospitalar. São Paulo: SES/CAH, dez. 1986. (Mimeo).

076. ________. Secretaria da Saúde. Cadastro hospitalar. São Paulo: SES/CIS, ago. 1992. (Mimeo).

077. SCHAFF, Adam. A sociedade informática. São Paulo: Brasiliense/UNESP, 1990.

078. SINGER, Paul. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

079. TREZZA, Eder. Reformulação do ensino médico: o perfil do médico a ser formado. Botucatu: FM/UNESP, ago. 1989 (Mimeo).

080. UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde - uma abordagem de geografia em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1986. (Tese de Doutorado).

II - PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

081. ALTERNATIVA privada à assistência médica previdenciária. Gazeta Mercantil, São Paulo, 6 jun. 1990. p.7.

082. APARELHO realiza eletrocardiograma usando telefone. Gazeta Mercantil, São Paulo, 25 nov. 1989. p.10.

083. APARELHO retira cálculos renais sem cirurgia. Gazeta Mercantil, São Paulo, 12 set. 1990. p.14.

084. ATENDIMENTO precário provoca manifestação. Diário Popular, São Paulo, 16 jul. 1992.

085. AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde. Revista Social, São Paulo, v.1, n.2, p. 105-19, 2.sem. 1989.

086. ________. Tecnologia em saúde no Brasil. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.6, n.4, p. 2-8, out./nov. 1992.

087. AVANÇO no diagnóstico. Revista Visão, São Paulo, p. 44, jun. 1987.

088. AVANÇOS do laser prometem redução drástica... Gazeta Mercantil, São Paulo, 7 jul. 1992. p.13.

089. AZEREDO, Léo. As grandes iniciativas no setor da medicina. A Noite. São Paulo, 1948.

090. AZEVEDO, Jô. Moradores de Vila Alpina reivindicam postos de saúde. O São Paulo, São Paulo, 3 jul. 1981, p.4.

091. BAIRRO festeja posto de saúde com passeata. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 out. 1981.

092. BAIRROS fazem protesto pelos postos de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 9 out. 1992

093. BAIRROS da zona leste reivindicam mais saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 23 maio, 1981.

094. BANTA, H. David. La difusión de la tomografia computada en los Estados Unidos. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n. 14, p. 49-57, 1980.

095. BANTA, H. David. Evaluación de la tecnologia médica. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n. 15, p. 25-32, 1981

096. ________. RUSSEL, Louise B. Politicas sobre tecnologia médica: una revisión internacional. Cuadernos Médido Sociales, Rosário, n. 20, p. 17-33, 1982.

097. ________. BURNS, Anne Kesselman, BEHNEY, Clyde J. Implicaciones políticas de la difusión y el control de la tecnologia médica. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n. 43, p. 37-49, 1988.

098. ________. Un abordaje estratégico de la evaluación de tecnologias en salud. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n.57, p. 77-86, 1991.

099. BARONDESS, Jeremiah A. Tecnologia y curriculum médico de pré-gado. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n. 45, p. 33-8, 1988.

100. BENAKOUCHE, R. A tecnologia enquanto forma de acumulação. Revista Economia e Desenvolvimento, São Paulo, n.2, p. 11-45, 1982.

101. BIOTECNO desenvolve novo catéter para fazer... Gazeta Mercantil, São Paulo, 17 fev. 1990. p.12.

102. BISORDI, Gisella. Comunidade apóia serviço médico. Folha de São Paulo, São Paulo, 10 dez. 1981.

103. BORINI, Leopoldo M. Estratégias para la incorporación de tecnología média en la Argentina. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n.30, p. 41-52, 1984.

104. BUTANTÃ prepara sua passeata de domingo. O Estado de São Paulo, São Paulo, 12 set. 1980.

105. CANITROT, Carlos Hernán. Tecnologia médica - el advenimiento de un cambio radical en la medicina. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, n.17, p.21-9, 1981.

106. CARDIOMIOPLASTIA pode substituir marcapasso. Gazeta Mercantil, São Paulo, 15 jun. 1988 p.9.

107. CIENTISTAS desenvolvem sensor de fibra óptica... Gazeta Mercantil, São Paulo, 4 out. 1991. p.11.

108. CIENTISTAS estudam o uso da luz no lugar de raio x. Gazeta Mercantil, São Paulo, 11 nov. 1992. p.10.

109. CIRURGIA reduz uso da insulina. Gazeta Mercantil, São Paulo, 7 ago. 1990, p.13.

110. CHOQUE elétrico contra as pedras. Revista Visão, São Paulo, p. 48-9, jun. 1987.

111. COHN, Amélia. O planejamento social no contexto de crise. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.5, n.4, p.43-9, out./dez. 1991a.

112. ________. Descentralização, cidadania e saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.6, n.4, p.70-6, out./dez.1992.

113. COMPUTADOR supera saber médico no diagnóstico de...Gazeta Mercantil, São Paulo, 10 dez. 1991. p.14.

114. COMUNIDADE continua exigindo hospitais. O São Paulo, São Paulo, 8 abr. 1983.

115. CONGRESSO apresenta técnicas cardíacas avançadas...Gazeta Mercantil, São Paulo, 9 maio 1992. p.12.

116. CONGRESSO discute avanços de técnicas de biomédica. Gazeta Mercantil, São Paulo, 12 dez. 1991. p.14.

117. CORIAT, Benjamin. Autômatos, robôs e a classe operária. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, v.2, n.2, p.31-8, jul., 1983.

118. CORRÊA, Roberto Lobato. Os centros de gestão e seu estudo. Revista Brasileira de Geografia, Rio de Janeiro, v.51, n.4, p.109-19, out.dez.1989.

119. CRÉDITO na enfermaria. Revista Veja, São Paulo, p. 88-96, 7 dez. 1988.

120. DIAGNÓSTICO por imagem detecta risco de enfarte. Gazeta Mercantil, São Paulo, 25 ag. 1988. p.16.

121. DIAGNÓSTICO por meio de imagem por ressonância. Gazeta Mercantil, São Paulo, 6 dez. 1988. p.10.

122. DIMINUI em 20% a demanda por equipamentos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 21 nov. 1989. p.12.

123. DONA Helena investe em diagnóstico por imagem. Gazeta Mercantil, São Paulo, 29 dez. 1992. p.9.

124. DORY, Daniel. La géographie de la santé: questions théoriques. Revue Belge de Geographie, jan. 1991.

125. DOTTO, Wagner. Movimentos populares criam coordenação. O São Paulo, São Paulo, 24 mar. 1985, p.6.

126. DUTRA, Márcia. Vila Alpina espera recursos. O São Paulo, São Paulo, 29 maio, 1981.

127. ECOCARDIOGRAMA é usado para estudar doenças. Gazeta Mercantil, São Paulo, 15 nov. 1990. p.11.

128. ENCONTRO do movimento de saúde discutirá atuação. O São Paulo, São Paulo, 24 fev a 10 mar. 1984.

129. EQUIPAMENTO imprime e transmite eletronicamente imagem...Gazeta Mercantil, São Paulo, 27 nov. 1990. p.13.

130. EQUIPAMENTOS vão permitir diagnósticos mais precisos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 28 nov. 1990. p.13.

131. ESCOLA Paulista de Medicina e italianos vão criar diagnóstico inteligente. Gazeta Mercantil, São Paulo, 29 dez. 1988. p.12.

132. EXPO-SAÚDE mostra inovações na área médico-hospitalar. Gazeta Mercantil, São Paulo, 27 jul. 1989. p.11.

133. FALTA hospital na área de guaianases. Folha de São Paulo, São Paulo, 28 jan. 1983. p.20.

134. FATHEAZAM, Shahbaz. Empresas hospitalares na região metropolitana de São Paulo: uma análise econômico-financeira (1987-1990). Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.32, n.1, p.32-42, jan.mar. 1992.

135. FAVELADOS reclamam do atendimento. Folha de São Paulo, São Paulo, 3 dez. 1982.

136. FINEBERG, H.V., BAUMAN, R., SOSMAN, M. Computerized cranial tomography - effect on diagnostic and therapeutic plans. Jama, v.238, n.3 p.224-7, 1977.

137. FORSTER, Aldaisa Cassanho, YASLLE-ROCHA, Juan Stuardo. Hospitalizações e classes sociais. Divulgação em Saúde para Debate, Londrina (Pr), n.3, p.71-7, fev. 1991.

138. FREITAS, Jânio. A omissão da saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 set. 1990.

139. FRENK, Júlio. El concepto y la medición de accesibilidade. Salud Pública de México, Cidade do México, p. 437-53, sept./oct. 1985.

140. FUNDAÇÃO SEADE. Anuário estatistico dO Estado de São Paulo. São Paulo: SEADE, 1985.

141. ________. O Setor Terciário. São Paulo em perspectiva, São Paulo, v.6, n.3, jul./set. 1992.

142. GOAD, G. Pierre. Por US$ 1,9 mil, um atendimento invejável. Gazeta Mercantil, São Paulo, 3 jan. 1992.

143. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Reflexão sobre as articulações entre a investigação epidemiológica e a prática inédita a propósito das doenças crônicas degenerativas. Epidemiologia I: textos de apoio. Rio de Janeiro: ABRASCO, nov. 1985.

144. ________. A saúde no Brasil: algumas características do processo histórico dos anos 80. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.5, n.1, p.99-106, jan./ mar. 1991.

145. GUAIANASES pede que o INAMPS atenda hospital. Folha de São Paulo, São Paulo, 21 jan. 1983.

146. HABDA, Assaf. Saúde, direito do cidadão e dever do Estado? Jornal do Cremesp, São Paulo, jan./fev./mar. 1993. p.9.

147. HOJE, a passeata no Butantã por hospital. O Estado de São Paulo, São Paulo, 14 set. 1980. p.32.

148. HOSPITAIS ameaçam fazer locaute contra INAMPS. Gazeta Mercantil, São Paulo, 10 nov. 1988. p.9.

149. HOSPITAIS ameaçam parar em protesto contra defasagem. Gazeta Mercantil, São Paulo, 22 nov. 1991. p.9.

150. HOSPITAIS decidem não atender pelo INAMPS a partir... Gazeta Mercantil, São Paulo, 15 dez. 1988. p.8.

151. HOSPITAIS denunciam a situação de insolvência. O Estado de São Paulo, São Paulo, 6 maio. 1983.

152. HOSPITAIS discutem automação. Gazeta Mercantil, São Paulo, 1 jun. 1991. p.11.

153. HOSPITAIS paulistas não vão atender emergência. Gazeta Mercantil, São Paulo, 16 dez. 1988. p.9.

154. HOSPITAIS querem cobrar taxas. Gazeta Mercantil, São Paulo, 22 set. 1990. p.49.

155. HOSPITAIS recebem repasses melhores. Gazeta Mercantil, São Paulo, 25 abr. 1992. p.3.

156. HOSPITAIS da rede pública fazem locaute. Gazeta Mercantil, São Paulo, 7 mar. 1989.

157. HOSPITAIS reúnem-se hoje com o Ministro da Saúde. Gazeta Mercantil, São Paulo, 27 fev. 1991. p.6.

158. HOSPITAL agiliza atendimento. Gazeta Mercantil, São Paulo, 27 ago. 1991. p.15.

159. HOSPITAL de Campinas terá equipamentos italianos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 19 dez. 1991. p.12.

160. HOSPITAL faz 1a. experiência. Gazeta Mercantil, São Paulo, 13 jun. 1990.

161. HOSPITAL faz válvula para tratar doenças pulmonares. Gazeta Mercantil, São Paulo, 1 ago. 1991. p.13.

162. HOSPITAL gaúcho implanta ouvido eletrônico com... Gazeta Mercantil, São Paulo, 9 nov. 1990. p.11.

163. HOSPITAL gaúcho investe em modernização e inaugura... Gazeta Mercantil, São Paulo, 19 jul. 1990. p.15.

164. HOSPITAL Universitário da Usp usará 1o. tomógrafo... Gazeta Mercantil, São Paulo, 2 nov. 1990. p.11.

165. IMAGEM tridimensional de enzima pode ajudar... Gazeta Mercantil, São Paulo, 2 jul. 1992. p.12.

166. INAMPS adia pagamento aos hospitais credenciados. Gazeta Mercantil, São Paulo, 17 out. 1992. p.5.

167. INAMPS gera prejuizos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 02 mar. 1990. p.3.

168. INAMPS liquida divida de março com hospitais. Gazeta Mercantil, São Paulo, 14 maio 1992. p.6.

169. INAMPS reajusta tabela preços e paga hospitais. Gazeta Mercantil, São Paulo, 29 maio 1992. p.23.

170. INICIATIVA privada salva a pátria. Revista Visão, São Paulo, p. 42-6, mar. 1989.

172. INOVAÇÃO em transplantes. Gazeta Mercantil, São Paulo, 1 mar. 1990. p.14.

171. INSTALAÇÕES de centro de saúde geram protesto. Folha de São Paulo, São Paulo, 20 set. 1984

173. JATENE diz que renuncia se não puder construir postos de saúde. O Estado de São Paulo, São Paulo, 28 maio 1981.

174. JATENE recua e promete só o frete do ônibus. Folha de São Paulo, São Paulo, 24 mar. 1982.

175. JATENE, Adib D. Medicina "Custo Zero". Folha de São Paulo, São Paulo, 22 out. 1990.

176. ________. A tragédia da saúde. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 6 fev. 1992.

177. LIBAULT, André. Ábaco para figuras geométricas proporcionais. Orientação, São Paulo, n.3, 1967.

178. MÃES pedem melhoria para posto de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 4 ago. 1982.

179. MAIS verbas a hospitais. Gazeta Mercantil, São Paulo, 09 mar. 1988. p.7.

180. MANIFESTAÇÃO cobra a saúde municipalizada. Diário Popular, São Paulo, 21 ago. 1992.

181. AS MECAS da saúde. Revista Veja, São Paulo, out. 1985. p.68-71.

182. MINISTÉRIO paga contas e hospitais voltam a funcionar. Gazeta Mercantil, são Paulo, 22 dez. 1988. p.7.

183. OS MORADORES cansam de esperar... Jornal da Tarde, São Paulo, 21 abr. 1988.

184. MORADORES da zona leste cobram promessas do secretário de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 5 maio 1984.

185. MORADORES da zona leste exigem unidades de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 23 out. 1986.

186. MORADORES da zona leste pedem postos. O Estado de São Paulo, São Paulo, 23 maio, 1981.

187. MORADORES discutem saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 3 set. 1984. p.9.

188. MORADORES em passeata exigem postos de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 14 set. 1982.

189. MORADORES fazem manifestação para pedir centro de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 25 jul. 1984.

190. MORADORES fazem protesto contra paralização das obras de hospitais. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 nov. 1984.

191. MORADORES querem o serviço médico. Folha de São Paulo, São Paulo, 29 out. 1981.

192. MOVIMENTO ameaça radicalizar. Folha de São Paulo, São Paulo, 27 ago. 1983.

193. MOVIMENTO de saúde. Jornal dos Trabalhadores, São Paulo, abr. 1982

194. MOVIMENTO de saúde exige mais hospitais. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 dez. 1984.

195. MUDANÇA de centro de saúde frustra protesto... Folha de São Paulo, São Paulo, 28 set. 1983.

196. NEGATIVA do INAMPS gera novo protesto em bairro. O Estado de São Paulo, São Paulo, 4 fev. 1983.

197. NOVA técnica para operar vesícula. Gazeta Mercantil, São Paulo, 28 dez. 1990. p.37.

198. NOVA técnica para remover órgaos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 13 jul. 1990. p.12.

199. NOVO aparelho para o diagnóstico de glaucoma. Gazeta Mercantil, São Paulo, 26 maio 1988. p.13.

200. NOVO impulso para tecnologia. Gazeta Mercantil, São Paulo, 9 jan. 1990. p.11.

201. NOVO instrumento para detectar cataratas. Gazeta Mercantil, São Paulo, 14 jun. 1989. p.13.

202. NOVA técnica usa ondas de rádio para corrigir... Gazeta Mercantil, São Paulo, 7 jun. 1991. p.11.

203. OLIVEIRA, Francisco de. Acumulação capitalista, Estado e urbanização: a nova qualidade do conflito de classes. Contraponto, São Paulo, n.1, 1976.

204. _______. O terciário e a divisão social do trabalho. Estudos CEBRAP, Petrópolis, n.24, 1979.

205. _______. O Estado e o urbano no Brasil. Espaço e Debates, São Paulo, n.6, jun./set. 1982.

206. _______. O surgimento do anti-valor. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n.22, out. 1988.

207. OLIVEIRA, Jaime A. Política social, acumulação e legitimidade. Revista de Administração Pública, São Paulo, v.18, n.2, abr./jun. 1984.

208. PÂNCREAS artificial em miniatura pode mudar tratamento... Gazeta Mercantil, São Paulo, 7 jan. 1992. p.11.

209. UM PÂNCREAS de plástico para os diabéticos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 3 maio 1991. p.14.

210. PERIFERIA quer melhor atendimento nos postos. Notícias Populares, São Paulo, 30 out. 1981.

211. PICHERAL, Henri. Géographie médicale, géographie des maladies, géographie de la santé. L'espace geographique, Paris, v.11, n.3, p.171-5, jul./set. 1982.

212. POSTO de saúde para V. ALPINA. Folha de São Paulo, São Paulo, 6 abr. 1981.

213. POSTO de saúde que foi ocupado pela população está funcionando. Diário Popular, São Paulo, 9 set. 1992.

214. POUCAS U.T.I. brasileira seguem padrões internacionais. Gazeta Mercantil, São Paulo, 24 abr. 1990. p.14.

215. POVO de São Mateus inaugura posto de saúde. O São Paulo, São Paulo, 8 maio 1981.

216. PROFESSORES da Unicamp desenvolvem tratamentos de pele com raio laser. Gazeta Mercantil, São Paulo, 21 jun. 1989. p.12.

217. PUC gaúcha tem novo equipamento para dissolver... Gazeta Mercantil, São Paulo, 4 set. 1990. p.12.

218. QUAL a política do movimento de saúde? O São Paulo, [198-], p.6.

219. QUARTA geração lança software para executar administração hospitalar. Gazeta Mercantil, São Paulo, 31 jan. 1989. p.15.

220. RADIODIAGNÓSTICO: imagens poderão detectar sinais... Gazeta Mercantil, São Paulo, 4 dez. 1992. p.8.

221. RAIOS laser ajudam no diagnóstico do câncer. Gazeta Mercantil, São Paulo, 16 ago. 1991. p.12.

222. RATTNER, Henrique. Informática e tecnologia. Revista Brasileira de Tecnologia, Brasília, v.15, n.1, p.25-8, jan./fev. 1984.

223. ________. A utopia da euforia tecnológica. Revista Brasileira de Tecnologia, Brasília, v.16, n.1, p.29-34, jan./fev. 1985.

224. REFORMULAR a Previdência já. Gazeta Mercantil, São Paulo, 18 jan. 1992. p.4.

225. RELMAN, Arnold. The new medical industrial complex. The New England Journal of Medicine, n.17, 1980.

226. RESSONÂNCIA magnética permite diagnóstico e... Gazeta Mercantil, São Paulo, 17 set. 1991. p.18.

227. RIBEIRO, Herval Pina. Saúde: encargo do Estado ou problema do cidadão? Jornal da Tarde, São Paulo, 17 dez. 1985. p.15.

228. RUIZ, Tânia, MORITA, Ione. Curso de graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: inquérito. Revista da Associação Médica Brasileira, Botucatu, v.37, n.4, out./dez. 1991.

229. RUSSEL, L.B. Technology in hospitals, medical advances and their diffusion. In: The Brookings Institution. Washington, D.C: [s.n.], 1978.

230. SADER, Emir. O estatal, o privado e o público. Tempo e presença, Rio de Janeiro, n.260, p.2-8, nov./dez. 1992.

231. SÃO PAULO: hospitais da rede privada fazem locaute. Gazeta Mercantil, São Paulo, 7 mar. 1989. p.13.

232. SAPOPEMBA não tem médicos. O Estado de São Paulo, São Paulo, jun. 1990.

233. SARNO, Maria José. A luta pela assistência médica. O São Paulo, São Paulo, 9 dez. 1981.

234. SAÚDE e assistência médica - filosofias diferentes. Jornal do Cremesp, São Paulo, jun/jul. 1990. p.2.

235. SAÚDE e verbas públicas. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 ago. 1992.

236. SCALCO, Gisele. Computador substitui o formol. Folha de São Paulo, São Paulo, 6 mar. 1993. p.18.

237. SECRETÁRIOS de saúde ouvem queixas de 600 moradores. Folha de São Paulo, São Paulo, 3 dez. 1984. p.9.

238. SETE mil pessoas pedem posto de saúde a Leser. Folha de São Paulo, São Paulo, 25 set. 1978.

239. SHOWSTACK, Jonathan A., SCHROEDER, Steven A., STEINBERG, Howard R. Evaluating the costs and benefits of a diagnostic technology - the case of upper gastrointestinal endoscopy. Medical Care, v.19, n.5, maio, 1981.

240. SINGER, Paul. A economia dos serviços. Estudos CEBRAP, Petrópolis, n.24, 1979.

241. SWEEZY, Paul M., BARAN, Paul A. Capitalismo monopolista. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

242. TÉCNICA pode evitar transplantes. Gazeta Mercantil, São Paulo, 2 set. 1989. p.12.

243. TECNOLOGIA abrevia a intervenção hospitalar. Gazeta Mercantil, São Paulo, 11 set. 1991. p.1.

244. TECNOLOGIA de apoio a transplante de fígado. Gazeta Mercantil, São Paulo, 14 nov. 1989. p.7.

245. TEJEDOR, Antonio Garcia Rodriguez. Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la tecnologia medica. Cuadernos Medico Sociales, n.19, p.21-35, 1982.

246. TRÊS mil protestam na secretaria. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 ago. 1983.

247. URFJ desenvolve software capaz de diagnosticar... Gazeta Mercantil, São Paulo, 22 nov. 1989. p.14.

248. ULTRA-SOM: novo aparelho aumenta precisão de diagnóstico. Gazeta Mercantil, São Paulo, 26 abr. 1991. p.15.

249. UNICAMP desenvolve equipamentos. Gazeta Mercantil, São Paulo, 19 jul. 1991. p.10.

250. UNICAMP faz aparelho para cirurgia cerebral... Gazeta Mercantil, São Paulo, 12 fev. 1990. p.11.

251. UNICAMP tenta reproduzir funcionamento do cérebro humano num computador. Gazeta Mercantil, São Paulo, 1 jun. 1989. p.14.

252. UNICAMP usará tomógrafo tridimensional. Gazeta Mercantil, São Paulo, 23 fev. 1990. p.14.

253. USP faz primeiro tomógrafo nacional. Gazeta Mercantil, São Paulo, 29 maio, 1992. p.45.

254. VERONESI, Ricardo. A verdade sobre a saúde pública no período malufiano. O Estado de São Paulo, São Paulo, 20 nov. 1990.

255. VÍDEO permite retirada de vesícula com microcirurgia. Gazeta Mercantil, São Paulo, 5 set. 1991. p.14.

256. VILA Alpina quer melhorar atendimento. Folha de São Paulo, São Paulo, 9 maio, 1981.

257. VILA Penteado protestará contra o abandono do seu posto de saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 9 dez. 1980.

258. WIDMAN, Simon. Três mil do movimento de saúde cobram soluções. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 ago. 1983. p.15.

259. ZONA leste, exemplo de participação. O Estado de São Paulo, São Paulo, 22 abr. 1983.

260. ZONA leste leva os pedidos à Saúde e provoca tumultos. O Estado de São Paulo, São Paulo, 19 jun. 1982.

261. ZONA leste pede melhor atendimento em saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 out. 1981.

262. ZONA leste reivindica construção de hospital. Folha de São Paulo, São Paulo, 4 jun. 1984.